



Тухтарова И.В., Биктимиров Т.З.

СОМАТОПСИХОЛОГИЯ

Хрестоматия

2006

Содержание:

1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ.....	
Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматические теории и модели.....	4
Хорни К. Невротическая потребности в любви.....	22
Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Психосоматический подход.....	34
Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи).....	65
Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями.....	83
Вознесенская Т.Г., Вейн А.М. Хроническая боль и депрессия.....	97
Дюкова Г.М., Вейн А.М. Вегетативные расстройства и депрессия	109
Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях.....	123
Буянов М. Личность пациентов с системными психоневрологическими расстройствами.....	136
2. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	16
Смулевич А.Б. Психокardiология и основные аспекты психосоматической медицины.....	165
Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Гипертоническая болезнь.....	173
Пезешкиан Н. Инфаркт миокарда.....	185
Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью.....	193
Ромасенко Л.В., Веденяпина О.Ю., Вербина А.В. К характеристике психосоматических отношений у больных нейроциркуляторной дистонией.....	207
Погосова Г.В. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения.....	220
3. ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЫХАНИЯ.....	23
Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психогенная одышка.....	232
Малкина-Пых И.Г. Бронхиальная астма.....	248
4. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	25
Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Аспекты пищевого поведения.....	253
Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Язвенная болезнь.....	279
Пезешкиан Н. Ожирение.....	288
Макарова О.Ф. Фрустрация и агрессивность у подростков с эрозивным гастродуоденитом.....	301
Барановский А.Ю., Петров Д.П., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни у больных с воспалительными заболеваниями кишки.....	306
Иванов С.В. Синдром раздраженной толстой кишки.....	308
5. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	32
Пезешкиан Н. Урологические заболевания.....	324

Буянов М. Недержание мочи.....	328
Hagglof B., Andren O., Bergstrom E., Marklund L., Wendelius M. Самооценка детей с ночным и дневным недержанием мочи до и после лечения.....	353
Фесенко Ю.А., Лохов М.И., Рубина Л.П. Энурез у детей – нарушение в системе сон – бодрствование.....	360
6. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	37
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	37
Пезешкиан Н. Ревматоидный артрит и ревматизм.....	373
Малкина-Пых И.Г. Болезни опорно-двигательного аппарата.....	384
7. ПСИХОЛОГИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ.....	39
Н.П. Ванчакова. Хроническая головная боль - сложная междисциплинарная клиническая проблема.....	391
Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А. Головная боль напряжения.....	403
8 . ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	42
Щеглова И. Ю. Панические расстройства у больных с гинекологической патологией.....	429
Малкина-Пых И.Г. Функциональная (психосоматическая) стерильность.....	433
Пезешкиан Н. Сексуальные расстройства.....	444
Федорова А.И. Психосоматическая модель формирования диспареунии.....	450
Щеглова И.Ю. Клинические варианты соматоформных нарушений у пациенток с хроническими тазовыми болями.....	452
9. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ.....	46
Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Понятие о внутренней картине здоровья	465
Ивлева Е.И., Щербатых Ю.В., Макарова А.Г., Гамапчук П.В. Половые особенности структуры личностных страхов.....	489
Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция?	492
Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия.....	497
10. КОНЦЕПЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ.....	50
Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология больного человека.....	508
Мельченко Н.И. Роль и статус больного в обществе.....	520
Соколова Е.Т., Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания.....	527
Шустов Д. И. Личность и болезнь.....	592
Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Типы соматонозогнозии.....	628
Соложенкин В. В. Психология лечебного процесса и медицинской среды.....	662
Шустов Д. И. Личность и болезнь.....	675
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	71

1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.

**Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.
Психосоматические теории и модели**

Введение

В описании истории психосоматической медицины Лаин Энтральго отметил: «Искусство лечения, каковым бы оно ни было, во все времена являлось психосоматическим, и оно должно быть таким, невзирая на вид и характер патологии». Здесь обнаруживается дилемма, которая стоит перед врачом с давних пор и до наших дней: у каждого больного, несмотря на единство телесного и душевного, необходимо создать модель болезни, отражающую соматические и психические данные. Врач сталкивается с дифференциацией души и тела и с восходящим к Декарту противоречием, которое должно объединить существующую реальность здорового и больного тела и реальность душевных переживаний одно-моментно и в разных проявлениях. То, что в телесном плане ещё представляется вполне уловимым (толстый, флегматичный, мало думающий и хорошо спящий ночью персонаж Шекспира), во всей полноте проявляется, по статистическим данным, в соматических данных и душевных качествах при ожирении.

При обследовании организма, этой «большой тайны», по словам Эт-тингера, врач как в сфере физиологии, так и в

сфере патологии сталкивается с биологическими структурами и системами, которые обеспечивают мышление и поступки. Любая теория в медицине стоит перед многообразием и необозримостью естественных процессов, которые выходят далеко за рамки человеческого организма. Духовная сущность больного раскрывает иную силу и притягательность, которые особым образом аффективно привлекают и вдохновляют врача. В оценке душевного мира (сознательного и бессознательного, внутренней жизни, эмоциональности и избирательного восприятия окружающего) возникает больше вопросов, чем возможно дать на них ответы. Наблюдения за тем, как представляются в течение жизни человека его здоровье и *болезнь*, и попытка их психосоматического толкования приводят ко все новым вариантам теоретического осмысления. Создание планов и моделей, способных имитировать действительность, не бывает однозначным и может оказаться бесполезным. Впрочем, даже сомнения в прогрессе не мешают считать, что новые модели делают ненужными все предыдущие.

Здесь необходимо представить сначала телесно-душевные теории личности, в которых физические типы конституций определяются в их связи с душевным состоянием. Затем речь пойдёт о теориях конфликтов, в которых внешние вредности и/или внутренние конфликты выделяются как психосоматические причины и модели болезни. Наконец, будут представлены схемы, в которых делаются попытки как в целом, так и в деталях сопоставить

телесные и душевные свойства, оценить психосоматические заболевания и их связь с внешним миром. При этом человек рассматривается не изолированно, а в его связях с гуманитарно-биологическим и социально значимым внешним миром, который он в качестве субъекта переживает как активно, так и пассивно. Человеческие болезненные состояния и психосоматические теории болезней ведут, таким образом, от антропологических проблем к миру человека в целом.

**Характерологически ориентированные
направления и
типологии личности**

Психосоматика уже давно признавала за определённым типом личности склонность к определённым заболеваниям. В древности Гиппократ, а затем Гален описали людей с разными видами темпераментов - сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков. Эти соматопсихические конституции связываются со склонностью к определённым болезням. Например, сангвиники склонны к болезням кровообращения, холерики и флегматики - к болезням жёлчных путей и т.д. Это положение нашло дальнейшее развитие в психологической теории конституции Эрнста Креч-мера, согласно которой у лептосомов ожидается склонность к туберкулёзу лёгких и гастритам, у пикников - к хроническому ревматизму, атеросклерозу и болезням жёлчных путей, у атлетиков - к эпилепсии и мигреням. Аналогичным образом Уильям Шелдон с помощью психологических тестов выявил у церебротоников, эндо- и

мезоморфных лиц телесно-душевные связи с определёнными особенностями личности. Например, при инфарктах миокарда обнаружено не только преобладание лиц мезоморфного типа, но и психические особенности ^в виде экстраверсии, свойственные соматотонии.

Классические психосоматические работы этого характерологического Управления принадлежат американскому врачу Флендерс Данбар, которая в результате непосредственных клинических наблюдений определила у 80% людей, имевших повторные несчастные случаи, характерный личностный профиль, который она назвала «личность, склонная несчастьям». Это импульсивные, ведущие неупорядоченный образ жизни, любящие приключения люди, которые живут одним моментом, поддаются любому спонтанному порыву, не контролируют свою агрессивность в отношении других людей, особенно пользуются авторитетом. При этом они проявляют тенденцию к самонаказанию, исходящую из неосознанного чувства вины. Этому профилю личности Данбар противопоставляет личность, склонную к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда. Такие люди описываются как выдержанные, способные к деятельности с большой последовательностью и самообладанием, которые в состоянии отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдалённой цели. В современной медицине применение этого подхода приобрело большое значение в исследовании определённой типологии

«личностей риска». Можно задать вопрос, не является ли в своей основе столь оживлённо обсуждаемая с 70-х годов модель алекситимии современной версией типологии личности. Но мы предпочитаем это положение представить в рамках модели конфликта.

В чём состоит польза характерологически ориентированных направлений и личностной типологии? Ответ на этот вопрос можно сформулировать следующим образом: люди с разной физической конституцией имеют разные характеры и страдают разными заболеваниями. Иначе говоря, имеются определённые лица, которые заболевают определённым образом. Благодаря характерологически ориентированным типологиям личности для определённых болезней был впервые разработан тип личности, объединивший в себе соматическое и психическое. Слабость этих типологий заключается прежде всего в статичном характере определяемых признаков, которые обычно не имеют связей с историей жизни личности и её социальным развитием. Другим недостатком является то, что увязывание такого личностного качества с определённой болезнью ещё ничего не говорит о его роли в патогенезе. Ни в коем случае нельзя выводить из этих корреляций этиологические связи. Разве мало типических свойств пациента зависит от болезни и её лечения, например регрессивное развитие личности, наступающее лишь вторично, вследствие многолетней изоляции, бездеятельности или иных связанных с болезнью неблагоприятных жизненных

ситуации? Именно при хронических заболеваниях чёткое знание болезненных форм поведения с их специфической стратегией преодоления («болезненное поведение» и «преодоление») обязывает при проведении психосоматических исследований проявлять особую осторожность в оценке ретроспективно выявляемых личностных типологий.

В заключение следует отметить, что характерологически ориентированные направления оценивают описательными методами, например с помощью опросников, метрических и проективных личностных тестов, данные которых можно сопоставлять и увязывать с психосоматическими симптомами и группами заболеваний. Сообщаемые при этом сведения обычно точны, но они не связываются с историей жизни, конфликтными ситуациями и историей заболевания у пациентов и нуждаются в дальнейшей интерпретации в рамках более широкого психосоматического понимания болезни.

Болезнь как конфликт - психоаналитическая концепция

психосоматики

Общие сведения

При исследовании влияния жизненных ситуаций, способных вызвать конфликты и возникновение психосоматических симптомокомплексов, можно распознать две линии развития, которые происходят из различных горизонтов опыта и традиций, даже если они потом частично переплетаются. Речь идёт, с одной стороны, о психоанализе Зигмунда Фрейда и его

последователей (см. ниже), а с другой — о возникшем во внутренней медицине направлении психосоматически мыслящих интернистов, таких, как, например, Густав Бергман (Берлин), Л. Крель и В. Вайцзеккер (Гей-дельберг), а также Т. Икскуль (Гисен, Ульм). В то время как указанные авторы каждый по-своему исследовали до сих пор не решённую проблему большого числа больных с функциональными нарушениями без соматических оснований (так называемые функциональные нарушения), психоанализ предложил ряд моделей возникновения соматических симптомокомплексов на почве душевного конфликта.

Теория и практика психоанализа представляют собой многослойную систему, которую нельзя представить исчерпывающим образом. Исторически важно, что благодаря Фрейду был создан новый практический подход, который открыл возможность лечить болезненные состояния в их психосоматическом аспекте. Было утверждено значение преморбидного, особенно раннего детского, развития для душевного и телесного созревания и здоровья, значение психических конфликтов для патогенеза и вообще влияние эмоциональных факторов (особенно привязанностей и разлуки, а также сексуальных и агрессивных конфликтов). К тому же был сформирован арсенал понятий, позволяющий врачу систематически углублять познание значения душевной сферы для телесного проявления заболевания.

Прежде чем будут рассмотрены три уходящие корнями в психоанализ теории, следует назвать некоторые важные перспективы связанных с ними психоаналитических наблюдений.

1. Душевные и телесные переживания понимаются только в рамках временного, биографически детерминированного ряда развития (генетическая точка зрения). Этот ряд начинается в раннем детстве и проходит через пубертатный период к зрелому возрасту. Первоначальное представление о почти исключительном значении ранних детских конфликтов в процессе развития в современном психоанализе расширено за счёт ориентации на более всеобъемлющее учение о развитии индивидуума в совокупности с его окружением. Развитие проходит ряд ступеней, кризисных точек, на которых возможны фиксация и впоследствии возврат к ним - регрессия. Путь развития в детстве связан с созреванием определённых влечений, после чего на различных уровнях влечений происходит телесное и душевное созревание.

2. Психоанализ создает иерархию психических структур (топическая и структурная точки зрения). При этом определяются более и менее дифференцированные, близкие к телесным или отдалённые от них инстанции переживаний и поведения: первичный процесс - вторичный процесс; бессознательное-предсознательное-сознательное; «Оно»-«Я»-«сверх-Я». В различных жизненных ситуациях - в периоды гармонии или кризов, при удачах и катастрофах - в одних случаях преобладают более дифференцированные,

а в других - элементарные структуры переживаний и поведения. В благоприятных случаях достигается прогрессия в смысле дифференцированного приспособительного разрешения конфликта или наступает регрессия, которая нередко бывает связана с соматизацией.

3. Психоанализ развил на фоне индивидуального созревания влечений дифференцированную психологию «Я» и аутопсихологию, из которых вытекает, что сила «Я» или его слабость представляют важное условие удачи или неудачи разрешения конфликта, так как слабость «Я» — это всегда также слабость индивидуума в его способности адаптироваться к имеющимся условиям. Это может иметь серьёзные последствия для возникновения симптомов.

4. В последнее время в психоанализе особое внимание уделяется влиянию стимулирующих и/или сдерживающих факторов в ранних детских и актуальных отношениях в рамках психологии объективных связей. Поэтому единичное можно понимать уже не только в связи с личностным развитием - генетическим, психологическим или индивидуально-биографическим. Субъект будет восприниматься как изначально привязанный к объекту, зависящий от связей и активно определяющий свои отношения как социальное существо. Отсюда прямой путь к пониманию болезни, когда уделяется должное внимание значению межличностных конфликтов (на фоне индивидуально-биографических показателей).

Конверсионная модель

Как первую психосоматическую модель психоанализ развил понятие конверсии. Фрейд описал её как истерический симптомокомплекс. Классическими примерами её были, например, психогенные параличи руки, истерические припадки, истерическая дисбазия (нарушение ходьбы) или психогенная анестезия (нарушение чувствительности). Прототипом психоаналитического понятия конверсии является произвольное движение:

возникающая первоначально в представлении идеаторная схема движения реализуется затем в моторном исполнении, как, например, показывание, объяснение, хватание руками или удар кулаком.

В понимании Фрейда благодаря конверсии неприятное представление становится безвредным потому, что его «сумма возбуждения» переводится в соматическую сферу. Симптом связывает психическую энергию и оставляет непереносимое представление неосознанным, однако требует дополнительного внимания и вторично приводит к усилению либидинозного замещения и, таким образом, имеет характер как удовлетворения, так и наказания. Фрейд всегда отстаивал свою позицию, согласно которой необходима «соматическая готовность» - физический фактор, который имеет значение для «выбора органа» и который можно представить себе в процессе его возникновения, начиная от генетической диспозиции, в виде существующей на данный момент перегрузки органа вплоть до ранних детских следов в рамках особого

телесного опыта. Хотя вследствие общественного развития такие конверсионные симптомы стали более редкими, теоретическая и терапевтическая действительность этой модели у определённых пациентов с истерическими симптомокомплексами, параличами, нарушениями чувствительности или эмоциональности неоспорима.

Однако вскоре стало ясно, что многие соматические симптомокомп-лексы, в возникновении которых бросающиеся в глаза психосоциальные факторы играют отягощающую роль, не могут быть полностью объяснены только их влиянием. Чтобы сохранить и развить модель конверсии как образец для объяснения, её следовало связывать с генитально-сексуальным конфликтом. Предложенное Фенихелем понятие «прегенитальная конверсия» распространило область актуального конфликта также на нарушения более ранних, инфантильных потребностей, которые связаны с желанием близости, тепла, заботы и т.д.

В то время как Фрейд и большинство психоаналитиков ограничивались истерией в применении конверсионной модели, Г. Гроддек (1917, 1923) не остановился перед распространением её на болезни органов и вообще на все заболевания. Соматические симптомы, по Г. Гроддеку, выражают нечто символическое, они вытекают из силы «Оно», которая может проявиться в любом органе. Это «Оно», в толковании Гроддека бессознательное, которое содержит представительство влечений и охватывает естественные силы, является также источником прямого воздействия на орган. Таким путём понятие конверсии

распространяется и на внутренние органы, которые управляются вегетативной нервной системой. Тем самым Г. Гроддек впервые высказал мысль о значении и влиянии неосознанных процессов на возникновение соматических заболеваний. Последовавшее за этим распространение психотерапии на лечение всех соматических заболеваний принесло очевидную пользу, но за неё приходится платить почти беспредельным расширением теоретических понятий, которые Г. Гроддек определяет блестяще, но нечётко. Поэтому ясно, что выраженная спекулятивность его понимания патогенеза может оказать опасное влияние при некритичном и ненаучном внедрении его в лечебную практику. Поэтому его схема имеет теперь лишь историческое значение не только в силу её теоретических недостатков, но и в связи с сильной экспансией её в область психосоматической трактовки всех заболеваний.

Большинство исследователей согласны с тем, что понятие конверсии как принцип Разъяснения применимо лишь к определённой группе символически детерминированных симптомокомплексов, но для большинства психосоматических расстройств он неприменим. Соматическая симптоматика здесь редуцирована до психогенетического уровня сознательного или бессознательного языка органов, что не соответствует мультиконди-циональному влиянию при многих заболеваниях. Душевные и социальные факторы воздействия более многообразны и не ограничиваются напряжёнными конфликтами. Неврозы определяют лишь

одну из возможных этиологически-динамических моделей при соматических заболеваниях.

Теория де- и ресоматизации М. Шура

Мысль о вертикальном расчленении и функциональном создании и разрушении соматической, душевной и духовной деятельности присутствует во многих натурфилософских, физиологических и психологических моделях. Она имеет большое значение, например, в функциональной модели нервной системы Джона Джэксона с его иерархией физической и психической деятельности, что повлияло и на Фрейда.

Психоанализ описывает в физической и психической деятельности топическую и генетическую прогрессию и регрессию. Таким образом, имеют место создание и распад, которые осуществляются между бессознательными телесными, наиболее элементарными уровнями и сознательными дифференцированными восприятиями и представлениями. Кроме того, психоанализ описывает прогрессию и регрессию во времени, фазово-специфическое развитие и возвращение к более ранним формам, например к ранним детским переживаниям. Исходя из этого, М. Шур (1955) описал психосоматическое симптомообразование как топическую и временную регрессию, причем соматические заболевания описываются в рамках модели развития физической и психической деятельности.

Самые ранние детские реакции удовольствия и неудовольствия понимаются как диффузные защитные

феномены, которые проявляются в некоординированной мышечной деятельности. Ребёнок отвечает на ситуацию страха двигательной бурей, эта тенденция может проявляться и позже. В процессе развития и созревания боль и страх в переживаниях осознаются и перерабатываются в ощущениях, представлениях, мыслях и в конечном счёте в речи. Вместо диффузного реагирования возникает целенаправленная, соответствующая реальности переработка. М. Шур (1955) описывает преодоление диффузных соматических феноменов реагирования как процесс развития в смысле десоматизации. С этим связаны психоаналитическое разделение перехода первичных процессов (прямая реализация неосознанных потребностей, возможная замена объекта, лёгкое уплотнение и сдвиг в рамках либидинозной реакции) и развитие вторичных процессов (энергия сильнее связывается с определённым объектом, удовлетворение может отсрочиться, мышление и речь становятся соответствующими реальным возможностям). В процессе раннего детского развития в рамках десоматизации наступает нейтрализация сексуального либидо и агрессивности, которые употребляются в действиях, соответствующих установкам «Я» и реальности. И наоборот, в случаях регрессивного развития может вновь возникать прорыв либидо и агрессии, который при ограниченности функции «Я» (слабость «Я») может вновь приводить в процессе ресоматизации к появлению психосоматической картины симптомов. Это чаще происходит у людей, переживших в раннем детстве много

травм и обнаруживающих ограничение функции «Я», причём «выбор органа» определяется как ранними детскими травмами, так и наследственной предрасположенностью.

Психосоматическая концепция А. Мичерлиха

А. Мичерлих (1953, 1954). описал концепцию двухфазного вытеснения - динамического изменения неврозов и соматических заболеваний. Он исходит из наблюдения, что при тяжёлых кризах соматического заболевания невроз может видоизменяться или даже исчезать. Тяжёлые невротические состояния отступают при соматических заболеваниях в их осознании пациентом и в его поведении. Это путь, который при психотерапии подобных состояний и соответствующих обстоятельствах может возобновиться во время лечения и привести к актуализации невротического конфликта. При хронических психосоматических развитиях происходит следующий процесс: «При неотвратимо хронизирующемся кризе в первой фазе происходит ещё недостаточная борьба с невротическим комплексом путём его вытеснения, во второй фазе осуществляется сдвиг в динамике соматических защитных процессов. Поэтому мы говорим о двухфазном вытеснении». Позже он связал эти двухфазные процессы с регрессивной ресоматизацией. Психосоматическое заболевание вызывает якобы реальная или вымышленная утрата объекта, что приводит к обеднению «Я».

Теория специфического для болезни психодинамического конфликта Ф. Александера

В то время как упомянутые выше психосоматические теории исходили из дифференцированных психологических конструкций, причём соматическое лечилось на психологическом уровне (конверсия, регрессия, ресоматизация и т.д.), Ф. Александер впервые в 1950 г. предложил теорию, в которой дифференцированные психологические гипотезы связывались с физиологическими и патологическими соматическими процессами.

Александер и его ученики в одинаковой мере находились под влиянием идей Кеннона и Фрейда и возродили патогенетическую модель актуальных неврозов, разработанную Фрейдом. В 1895 г. Фрейд параллельно со своей конверсионной концепцией описал такие соматические симптомы, как потливость, головокружение и поносы, как эквиваленты припадка страха и чётко отграничил их от конверсионных симптомов. Их главной характеристикой является то, что соматический симптом возникает не на основе душевного конфликта путём психической деятельности по его вытеснению (т.е. деятельности «Я»), а вследствие того, что при этом не осуществляется психическая переработка и вместо неё предлагаемое соматическое возбуждение вызывает непосредственно соматические симптомы.

Автором описана типичная неспособность выражать переживаемые чувства. Пациент не в состоянии связывать вербальные или жестовые символы с чувствами. Чувства испытываются, если они вообще имеются, как нечто

глухонеструктурированное, во всяком случае непередаваемое словами. Они часто описываются через окружающих (моя жена сказала... врач сказал...) либо вместо чувств описывается соматическая реакция.

Примечательно, что психосоматические пациенты очень приспособлены к товарищеским отношениям, что даже определяется как «ги-пернормальность». Их связи с конкретным партнёром характеризуются своеобразной «пустотой отношений». Поскольку они не в состоянии разбираться в психологических структурах, то остаются на уровне конкретного «предметного» использования объектов.

Из-за задержки на симбиотическом уровне и связанного с этим недостатка дифференцировки субъект-объект вытекает неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует, так сказать, с помощью и благодаря наличию другого человека (его «ключевой фигуры»). Отсюда становится понятным, почему потеря (вымышленная или реальная) этой «ключевой фигуры» («потеря объекта») так часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале (или при ухудшении) болезни. Для объяснения этих данных было выдвинуто пять различных этиологических гипотез.

1. *Гипотеза дефицита.* В её основу положено мнение о том, будто у этих больных имеет место «первично-застревающее» на более ранней стадии развитие, а не

фиксация с присоединяющейся регрессией, как это происходит при неврозах. Эта гипотеза имеет важное значение и для терапии, которая включает аспект развития.

2. *Гипотеза регрессии вследствие травмирования* подразумевает психосоматическое симптомообразование аналогично трактовке невротических симптомов как следствия фиксации на травмирующем факторе с присоединяющейся регрессией на более раннюю стадию развития. Эта модель не может, однако, объяснить, почему возникает соматический, а не психический симптом.

3. *Гипотеза наследования* пока не может обсуждаться, поскольку для её обоснования слишком мало достоверных данных.

4. *Гипотеза нейроанатомически-нейрофизиологического нарушения.* Имеются скорее спекулятивные предположения («функциональная комиссуротомия») (Норре, 1977), которые представляются невероятными. То же относится и к следующей гипотезе.

5. *Гипотеза социально-психологического формирования реакции.* В свете этой гипотезы алекситимия интерпретируется как феномен типичного приспособления к западному индустриальному обществу, в которой требуется конкретно-реалистическое, эмоционально малоокрашенное приспособительное поведение.

Хотя «алекситимия» как проявление человеческого образа действий - явление бесспорное и наблюдается постоянно у многих пациентов, гипотеза о том, что это

типичная психосоматическая структура, наталкивается на контраргументы и до сих пор вызывает дебаты. Самое важное возражение вызывает её неспецифичность: несмотря на то что алекситимию находят у многих (хотя и не у всех) психосоматически больных, она обнаруживается у не меньшего числа больных с неврозами и здоровых людей. Поэтому сегодня лучше говорить о том, что алекситимическое поведение представляет собой неспецифический фактор риска, который может быть связан с другими (специфическими и неспецифическими) факторами.

Вероятно, следует критически оценить концепцию алекситимии, ибо простое навешивание ярлыка и характеристика человека как «алексти-мика» не охватывают всего комплекса его личности и не исчерпывает её оценку. На зависимость алекситимии от ситуации указывает тот факт, что алекситимическое поведение у определённых психосоматически больных явственнее обнаруживается в ситуации интервью, когда беседуют двое. В эмпирических наблюдениях с анализом речи, при котором оценивают высказывания невротиков и психосоматически больных в ситуации интервью и сравнивают их, обнаруживаются заметные и характерные различия. Речь психосоматически больного беднее по объёму и по содержанию и менее выразительна (М. Кай, 1983). При проективных тестовых исследованиях, например с помощью теста Роршаха, психосоматически больные по сравнению с невротиками обнаруживают «синдром

недостатка фантазии». Тот факт, что речь может идти о различиях в интеллектуальном уровне исследователя и пациента, создающих трудности в общении, сегодня уже не учитывается. В соответствии с этим возникает необходимость развивать особую стратегию лечения психосоматически больных.

Учение И.П. Павлова об условных рефлексах и психосоматическая медицина в свете теории научения

То, что в результате действия эмоций могут возникать также физиологические изменения функций, является общепризнанным. Однако остаётся открытым вопрос, как происходит этот процесс, который Фрейд пределил как «загадочный скачок от психической к соматической инерции». При рассмотрении этого вопроса И.П. Павлов пошел иным путём, используя экспериментальный естественнонаучный метод, который пригрел большое значение в рамках теории обучения.

И.П. Павлов смог экспериментально доказать, что нагрузки и условные рефлексy могут надолго изменить соматические функции, т.е. что физиологические функции могут вызываться условными сигналами. Эти исследования указывали только на корреляцию, а не на причинные связи между нагрузкой и изменениями соматических функций, но тем самым был сделан первый шаг к эмпирической оценке этих связей, которые позже получили широкое развитие в исследованиях стресса (см. ниже).

Экспериментальные исследования И.П. Павлова и его учеников и учение об условных рефлексах приложимы и к формированию психосоматической теории. Условный рефлекс - это элементарная форма индивидуально выработанной реакции. Условный рефлекс, определяемый также как условная (кондиционированная) реакция, возникает тогда, когда вместе с безусловным (некондиционированным) раздражителем, который рефлекторно вызывает безусловную реакцию, вместе с этой некондиционированной реакцией появляется повторно нейтральный для неё раздражитель. Первоначально чисто рефлекторная реакция через некоторое время при одновременном повторении обоих раздражителей также вызывается первоначально нейтральным (условным) раздражителем и обозначается как условная (кондиционированная) реакция. Таким образом, новый (условный) раздражитель независимо от волевых процессов регуляции приобретает возможность контроля за определённым поведением. Если условный и безусловный раздражители больше не появляются совместно, то наступает ослабление, а затем и исчезновение условного рефлекса (погашение или затормаживай ее).

И.П. Павлов и представители его школы описали условные рефлексы практически при всех телесных функциях, в том числе при сердечной деятельности, сосудистых реакциях, деятельности желудочно-кишечного тракта, терморегуляции, обмену веществ, функции почек и т.д. (К.М. Быков, 1953). Психосоматические процессы

рассматриваются как проторённые пути, как сложные структурированные «рефлексы», соответствующие основной схеме условного рефлекса с его афферентной частью центральной переработки и эфферентной частью дуги рефлекса, Важными являются закономерности формирования условных рефлексов и их ослабления (угасания).

Для приложения учения об условных рефлексах к психосоматике представляют интерес так называемые экспериментальные неврозы: если вырабатываются два условных рефлекса на противоречащие друг другу раздражители, а затем они совпадают во времени с действием безусловного раздражителя, в опытах на животных возникают нарушения поведения, вегетативные расстройства (выпадение шерсти, сосудистая лабильность) вплоть до однозначных соматических повреждений (необратимая артериальная гипертензия, коронарные нарушения, инфаркт миокарда)

Концепция теории научения связана также с экспериментальными трудами И.П. Павлова (1954), американских психологов Дж. Уотсона, Б. Скиннера, К. Халла и др. Установлены принципы научения, которые разъясняют происхождение человеческого поведения и могут указать методы его изменения. Считается, что процессы научения важны для возникновения и сохранения психических расстройств. При этом не отрицается влияние наследственно обусловленной предрасположенности и индивидуального развития, но теоретики подчёркивают

роль научения и пытаются объяснить психические нарушения неверно приспособленными заученными формами поведения.

Ещё до недавнего времени считали, что описанная И.П. Павловым так называемая классическая обусловленность (респондирующее обучение) представляет собой единственную модель обучения автономным физиологическим процессам. Между тем неоднократно указывалось на то, что и непосредственный (оперантный) процесс обучения играет существенную роль в регуляции автономных процессов. Если при классическом кондиционировании критическое условие для обучения заключается в отношениях между раздражителями, предшествующими появлению реакции, то при непосредственном кондиционировании (инструментальное обучение) устанавливается связь между раздражителями, следующими по времени за поступком, т.е. являющимися следствием этого поступка. При этом различают положительные и отрицательные следствия (позитивное подкрепление-награда, негативное подкрепление-окончание неприятного раздражения), которые повышают возможность появления именно указанного поведения. Если наступает нежелательное следствие, то вероятность соответствующего поведения уменьшается; в этом случае речь идёт о наказании. При оперантном кондиционировании под угнетением (угасанием) понимается такое же исключение усиливающихся

раздражителей, как и при классическом кондиционировании.

Теория научения играет ведущую роль в интерпретациях и поведенческой терапии определённых видов страхов, фобий, навязчивостей, в лечении заикания, тиков, а также истерических реакций. Как классическому, так и оперантному кондиционированию приписывается определённая роль при развитии этих заболеваний, но всё же правильнее видеть в них фактор, обуславливающий эскалации уже имеющейся боязни, а не вызывающий её. На примере бронхиальной астмы объяснено и эмпирически проверено применение обучающейся модели для понимания и лечения специфических психосоматических реакций. Астматоидные реакции могут вначале развиваться как некондиционированные ответы на аллерген. Позже они могут появляться на основе классического кондиционирования как ответ на нейтральный раздражитель, который появляется в паре с аллергеном. Приступы астмы могут рассматриваться как оперантные реакции, которые приводят к вознаграждению (например, внимание окружающих, возможность избежать неприятной деятельности). Но подобными рассуждениями нельзя охватить все проблемы психосоматических нарушений, поскольку они не уясняют причин первоначального появления болезни. Парадигмы, относящиеся как к классическому, так и к оперантному кондиционированию, предполагают, что соматические симптомы уже имеются.

Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Москва: М., 1993, стр.116-126.

Хорни К. Невротическая потребности в любви

Невротическая потребность в любви и привязанности часто принимает форму сексуальной страсти или ненасытной потребности в сексуальном удовлетворении. В свете этого факта нам приходится поднять вопрос о том, не вызван ли в целом феномен невротической потребности в любви неудовлетворенностью в сексуальной жизни, не вызвано ли все это стремление к любви, контакту, пониманию, поддержке не столько потребностью в успокоении, сколько неудовлетворенным либидо.

Фрейд был склонен именно так смотреть на этот вопрос. Он видел, что многие люди, страдающие неврозом, навязывают свою привязанность другим людям, цепляясь за них. Он описывал такое отношение как возникающее в результате неудовлетворенного либидо. Эта концепция, однако, основана на определенных предпосылках. В ней заранее предполагается, что все те проявления, которые сами по себе не являются сексуальными, такие, как желание получить совет, одобрение или поддержку, являются формой выражения сексуальных потребностей, ослабленных или "сублимированных". Более того, в ней также заранее предполагается, что нежность является результатом запрещенного или "сублимированного" проявления сексуальных влечений.

Такие предположения не имеют подтверждения. Связи между чувствами любви, привязанности, проявлениями

нежности и сексуальностью не являются столь тесными, как мы иногда полагаем. Антропологи и историки утверждают, что индивидуальная любовь - это продукт культурного развития. Бриффолт полагает, что сексуальность имеет более близкое отношение к жестокости, чем к нежности, хотя его утверждения не являются вполне убедительными. Однако из наблюдений, почерпнутых в нашей культуре, мы знаем, что сексуальность может существовать без любви или нежности, а любовь или нежность - без сексуальных чувств. Например, нет никаких доказательств того, что нежность между матерью и ребенком имеет сексуальную природу. Все, что мы можем заметить, - и это результат открытия, сделанного Фрейдом - так это то, что могут присутствовать сексуальные элементы. Мы можем наблюдать многообразные связи между нежностью и сексуальностью: нежность иногда предшествует сексуальным чувствам; человек способен испытывать сексуальные желания, осознавая при этом лишь наличие нежных чувств; сексуальные желания могут стимулировать нежные чувства или переходить в них. Хотя такие переходы между нежностью и сексуальностью определенно указывают на тесную связь между ними, тем не менее представляется более правильным быть осторожнее и допускать существование двух различных категорий чувств, которые могут совпадать, переходить друг в друга или заменяться одно другим.

Кроме того, если мы примем предположение Фрейда о том, что неудовлетворенное либидо является побуждающей силой в поиске любви, то едва ли будет понятно, почему мы находим то же самое страстное стремление к любви, со всеми описанными осложнениями - собственническим отношением, требованиями безоговорочной любви, чувством отвержения и т.д., - у лиц, чья сексуальная жизнь с физиологической точки зрения является полностью удовлетворительной. Однако, поскольку нет сомнения в том, что такие случаи действительно существуют, неизменно приходишь к заключению, что неудовлетворенное либидо не объясняет данное явление, но его причины лежат вне сексуальной сферы*. /* Случаи, подобные этим, где определенные расстройства в эмоциональной сфере сосуществуют со способностью получать полное сексуальное удовлетворение, всегда представляли собой загадку для анализа, но тот факт, что они не подпадают под теорию либидо, не препятствует их существованию./

Наконец, если невротическая потребность в любви была бы только сексуальным феноменом, нам было бы затруднительно понять многообразные, связанные с ней проблемы, такие, как собственническое отношение, требование безоговорочной любви, чувство отверженности. Надо признать, что эти различные проблемы были установлены и детально описаны: например, ревность прослеживалась вплоть до соперничества детей в семье или Эдипова комплекса; безоговорочная любовь - до орального

эротизма; собственническое отношение - до анального эротизма и т.д. Но при этом не было понимания, что в реальности весь спектр отношений и реакций, описанных в предыдущих главах, предстает как целостная структура. Без признания тревоги как движущей силы, стоящей за потребностью в любви, мы не сможем понять всех тех условий, при которых данная потребность возрастает или уменьшается.

Посредством искусного метода свободных ассоциаций Фрейда в процессе анализа можно проследить точную связь между тревогой и потребностью в любви, в особенности если обратить внимание на колебания потребности пациента в любви и привязанности. После периода совместной конструктивной работы пациент может внезапно изменить свое поведение и начать выдвигать требования о продлении времени, отводимого ему аналитиком, или страстно возжелать дружбы аналитика, или начать слепо восхищаться им, или может стать чрезмерно ревнивым, начать проявлять собственнические чувства, свою уязвленность, сетуя, что он является "не более чем пациентом". Одновременно у него возрастает тревожность, проявляющаяся либо в сновидениях, либо в чувстве преследования, либо в физиологических симптомах, таких, как понос или частые позывы к мочеиспусканию. Пациент не осознает, что испытывает тревожность или что его усилившаяся потребность в аналитике обусловлена лишь его собственной тревожностью. Если аналитик выявит эту связь и покажет

ее пациенту, то вместе они установят, что непосредственно перед внезапной влюбленностью были затронуты проблемы, которые вызвали у пациента тревогу; например, он, может быть, воспринял интерпретацию аналитика как несправедливое обвинение или как унижение.

Последовательность реакций представляется следующей: возникает проблема, обсуждение которой вызывает сильную враждебность, направленную против аналитика; пациент начинает ненавидеть аналитика, желать его смерти; он немедленно вытесняет свои враждебные побуждения, у него появляется страх, и в силу потребности в утешении он цепляется за аналитика; когда эти реакции тщательно прорабатываются, враждебность, тревожность и вместе с ними повышенная потребность в любви отступают на задний план. Повышенная потребность в любви, по-видимому, столь постоянно представляет собой результат тревожности, что ее вполне можно рассматривать как сигнал неблагополучия, указывающий на то, что тревожность близка к выходу наружу и требует успокоения. Описанный процесс вовсе не ограничивается только процессом анализа. В точности такие же реакции имеют место в личных отношениях. Например, в браке муж может навязчиво лнуть к своей жене, быть ревнивым собственником, идеализировать ее и восхищаться ею, хотя в глубине души ненавидеть и бояться ее.

О чрезмерно сильной преданности, маскирующей скрываемую ненависть, оправданно говорить как о "сверхкомпенсации", сознавая при этом, что этот термин

дает лишь грубое описание и ничего не говорит о движущих силах этого процесса.

Если вследствие всех вышеприведенных причин мы отказываемся признавать сексуальную этиологию потребности в любви, тогда возникает вопрос, случаен ли тот факт, что невротическая потребность в любви иногда идет в паре с сексуальными желаниями, или целиком представляется как сексуальное желание, или же имеются определенные условия, при которых потребность в любви ощущается и выражается половым путем.

В определенной мере сексуальная форма выражения потребности в любви зависит от того, благоприятствуют этому внешние обстоятельства или нет. До некоторой степени она зависит от особенностей культуры, различий в жизненной энергии и сексуальном темпераменте. И, наконец, она зависит от того, является ли сексуальная жизнь человека удовлетворительной, ибо, если она таковой не является, он с большей вероятностью будет реагировать сексуальным образом, нежели удовлетворенные сексуальной жизнью лица.

Хотя все эти факторы самоочевидны и оказывают определенное влияние на реакцию индивида, они не объясняют в достаточной степени основополагающие индивидуальные различия. У данной категории людей, проявляющей невротическую потребность в любви, эти реакции колеблются от одного человека к другому. Так, имеется некоторая категория лиц, чьи контакты с другими немедленно, почти принудительно, принимают

сексуальную окраску большей или меньшей интенсивности, в то время как у большинства лиц сексуальная возбудимость или сексуальные действия находятся в границах нормального диапазона чувств и поведения.

К первой группе относятся люди, которые непрерывно переходят от одной сексуальной связи к другой. Более близкое знание их реакций показывает, что они чувствуют свою небезопасность, незащищенность и крайнюю неустойчивость, когда находятся вне какой-либо связи или не видят прямой возможности установить ее. К той же группе, хотя и подчиняясь большему числу внутренних запретов, относятся люди, которые имеют ограниченные связи, но склонны создавать эротическую атмосферу в отношениях с другими людьми независимо от того, чувствуют они к ним особую привязанность или нет. Наконец, сюда можно отнести и третью группу лиц, с еще большими сексуальными запретами, которые, однако, легко возбуждаются сексуально и навязчиво ищут потенциального сексуального партнера в каждом мужчине или женщине. В этой последней подгруппе навязчивая мастурбация может - но не обязательно должна - занимать место сексуальных отношений.

Для этой группы характерны многочисленные вариации в степени достигаемого физического удовлетворения, но общей чертой представителей данной группы, помимо навязчивой природы их сексуальных потребностей, является определенная неразборчивость в выборе партнеров. Они обладают теми же самыми

характеристиками, которые мы уже обнаружили при общем рассмотрении лиц с невротической потребностью в любви. Кроме того, поражает несоответствие между их готовностью иметь сексуальные отношения, реальные или воображаемые, и глубоким нарушением их эмоциональных отношений с другими людьми, - нарушением, которое более значительно, чем в среднем у человека, преследуемого базальной тревожностью. Эти люди не только не могут верить в любовь, но приходят в полное смятение (или, если речь идет о мужчинах, становятся импотентны), если им предлагается любовь. Они могут осознавать свое защитное отношение или склоняться к обвинению своих партнеров. В последнем случае они убеждены в том, что им никогда не доводилось и не доведется встретить хорошую девушку или добродетельного мужчину.

Сексуальные отношения означают для них не только облегчение специфического сексуального напряжения, но также являются единственным путем установления человеческого контакта. Если у человека выработалось убеждение, что для него практически исключена возможность получения любви, то тогда физический контакт может служить заменителем эмоциональных связей. В этом случае сексуальность является основным, если не единственным, мостом, связывающим его с другими людьми, и поэтому приобретает чрезмерное значение.

У некоторых людей недостаток разборчивости проявляется в отношении пола потенциального партнера;

они будут активно искать отношений с обоими полами или будут пассивно уступать сексуальным притязаниям безотносительно к тому, исходят ли они от лица противоположного или одного с ними пола. Первый тип нас здесь не интересует, потому что, несмотря на то, что у его представителей сексуальность также поставлена на службу установления человеческого контакта, который труднодостижим иным образом, основополагающим мотивом является не столько потребность в любви, сколько стремление подчинять себе, или, точнее, покорять и подавлять других. Это стремление может быть столь властным, что сексуальные различия стираются. Как мужчины, так и женщины должны быть подчинены - сексуально или иным путем. Но лиц второй группы, которые склонны уступать сексуальным притязаниям обоих полов, толкает на это неослабевающая потребность в любви, особенно страх потерять очередного партнера из-за своего отказа на предложение сексуального плана или если они осмелятся защищать себя от каких-либо, справедливых или несправедливых, притязаний по отношению к ним.

По моему мнению, ошибочно объяснять феномен неразборчивости в связях с представителями обоих полов на основе бисексуальности. В этих случаях нет указаний на подлинное влечение к лицам своего пола. Кажущиеся гомосексуальные наклонности исчезают, как только место тревожности занимает здоровая уверенность в себе, точно так же исчезает неразборчивость в отношениях с противоположным полом.

То, что говорилось о бисексуальных отношениях, может также пролить некоторый свет на проблему гомосексуализма. В действительности имеется много промежуточных стадий между описанным "бисексуальным" и собственно гомосексуальным типом. В истории последнего имеются определенные факторы, ответственные за то, что он не признает человека противоположного пола в качестве сексуального партнера. Конечно, проблема гомосексуализма намного сложнее, чтобы быть понятой с какой-либо одной точки зрения. Здесь достаточно сказать, что я еще не встречала гомосексуального человека, у которого не имели бы также место факторы, характерные для "бисексуальной" группы.

В последние несколько лет некоторые психоаналитики указывали на возможность усиления сексуальных желаний вследствие того, что сексуальное возбуждение и удовлетворение служат выходом для тревожности и скапливающегося психологического напряжения. Это механическое объяснение может иметь свои основания. Однако я считаю, что имеют место также психологические процессы, которые ведут от тревожности к возрастанию сексуальных потребностей, и что можно выявить эти процессы. Такое представление базируется как на психоаналитических наблюдениях, так и на исследовании истории жизни таких пациентов в сочетании с изучением их черт характера вне сексуальной сферы.

Пациенты этого типа могут с самого начала безумно влюбляться в аналитика, пылко требуя ответной любви.

Или сохранять выраженную отчужденность в ходе анализа, перенося свою потребность в сексуальной близости вовне, на какого-либо человека, напоминающего аналитика. Или, наконец, потребность такого человека устанавливать сексуальный контакт с аналитиком может проявляться исключительно в сновидениях или в сексуальном возбуждении во время сеанса. Пациенты часто крайне удивлены этими явными признаками сексуального желания, потому что не чувствуют ни увлечения, ни каких-либо признаков любви к аналитику, а также какой-либо привязанности к ним со стороны аналитика. В действительности сексуальная привлекательность, исходящая от аналитика, не играет никакой заметной роли, точно так же как сексуальный темперамент таких пациентов не является более пылким или неконтролируемым, чем у других, а их тревожность - большей или меньшей, чем у других пациентов. Что характеризует их, так это глубокое неверие ни в какую искреннюю любовь. Они глубоко убеждены в том, что аналитик интересуется их проблемами и ими самими лишь вследствие скрытых мотивов, что в глубине души он презирает их и что, вероятно, он принесет им больше вреда, чем пользы.

Из-за невротической сверхчувствительности в каждом случае психоанализа имеют место реакции злобы, гнева и подозрительности, но у пациентов с особенно сильными сексуальными потребностями эти реакции формируют постоянное и стойкое отношение. Создается впечатление,

что существует невидимая, однако непроницаемая стена между аналитиком и пациентом. Когда такие пациенты сталкиваются с собственной трудной проблемой, их первое побуждение - сдаться, бросить психоанализ. Их поведение во время анализа представляет точную копию того, что они делали всю жизнь. Разница заключается лишь в том, что до анализа они были в состоянии избегать знания о том, сколь хрупкими и запутанными в действительности были их личные отношения. Легкое вступление в сексуальный контакт способствовало запутанности ситуации и вело их к мысли о хороших человеческих отношениях в целом.

Описанные мной отношения столь регулярно встречаются вместе, что каждый раз, когда пациент с самого начала психоанализа начинает обнаруживать сексуальные желания, фантазии или сновидения в отношении аналитика, я готова найти особенно глубокие нарушения в его личных отношениях. В соответствии со всеми наблюдениями на этот счет можно утверждать, что пол аналитика более менее безразличен. Успешная работа аналитика с пациентом может иметь одинаковый результат для обоих. Поэтому было бы грубой ошибкой принимать за чистую монету их гомосексуальные желания, выражаемые в сновидениях или иным образом.

Большая доля того, что предстает как сексуальность, в реальности имеет очень мало общего с ней, но является выражением желания получить успокоение. Если не принимать этого во внимание, можно переоценить роль сексуальности.

Человек, чьи сексуальные потребности возрастают под неосознаваемым влиянием тревожности, наивно склонен приписывать интенсивность своих сексуальных потребностей врожденному темпераменту или свободе от общепринятых табу. Делая это, он совершает ту же самую ошибку, что и люди, переоценивающие свою потребность в сне, воображая, что их конституция требует десяти или более часов сна, в то время как в действительности их повышенная потребность в сне может быть вызвана различными, не находящими выхода эмоциями. Сон может служить в качестве одного из средств ухода от всех конфликтов. То же самое относится к еде или питью. Еда, питье, сон, сексуальность являются жизненно важными потребностями. Их интенсивность колеблется не только вместе с индивидуальной конституцией, но также зависит от многих других условий: климата, источников удовлетворения, внешней стимуляции, степени тяжести работы, физических условий. Но все эти потребности также могут возрасти в результате действия бессознательных факторов.

Связь между сексуальностью и потребностью в любви проливает свет на проблему полового воздержания. Насколько легко человек может переносить половое воздержание, зависит от культуры и индивидуальных особенностей, а также от различных психологических и физических факторов. Однако нетрудно заметить, что человек, нуждающийся в сексуальности как средстве

ослабления тревожности, особенно неспособен терпеть какое-либо воздержание, даже кратковременное.

Эти соображения ведут к определенным размышлениям относительно той роли, которую сексуальность играет в нашей культуре. Мы имеем тенденцию с определенной гордостью и удовлетворением смотреть на наше либеральное отношение к сексуальности. Конечно, со времен викторианской эпохи произошли изменения к лучшему. У нас больше свободы в сексуальных отношениях и больше возможностей получить удовлетворение. Последнее в особенности справедливо для женщин: фригидность более не считается нормальным состоянием женщин, а общепризнана в качестве недостатка. Однако, несмотря на такое изменение, улучшение далеко еще не является столь обширным, как это может представляться, потому что в настоящее время весьма значительная часть сексуальной активности является скорее выходом для психологических напряжений, чем подлинным сексуальным влечением, и поэтому должна рассматриваться скорее как средство успокоения, а не как подлинное сексуальное наслаждение или счастье.

Культурная ситуация отражается также в психоаналитических концепциях. Одним из величайших достижений Фрейда является то, что он содействовал приданию сексуальности ее подлинного важного значения. Однако сексуальными считаются многие явления, которые в действительности являются выражением сложных невротических состояний, и главным образом выражением

невротической потребности в любви. Например, сексуальные желания в отношении аналитика обычно интерпретируются как повторение сексуальной фиксации на отце или матери, но нередко вовсе не являются подлинными сексуальными желаниями, а служат выражением некоторого успокаивающего контакта для снижения тревожности. Конечно, пациент часто высказывает ассоциации или сновидения (выражающие, например, желание лежать возле груди матери или возвратиться в материнскую утробу), которые предполагают "перенесение" на фигуры отца или матери. Однако мы не должны забывать, что такое видимое перенесение может быть лишь формой, в которой выражается потребность пациента в любви или заботе.

Даже если желания в отношении аналитика воспринимаются как прямое повторение сходных желаний в отношении отца или матери, это не будет доказательством того, что инфантильная привязанность к родителям сама по себе является подлинно сексуальной привязанностью. Имеется много свидетельств того, что во взрослых неврозах все черты любви и ревности, которые Фрейд описал как черты Эдипова комплекса, могут существовать уже в детстве, но такие случаи встречаются не так часто, как предполагал Фрейд. Как я уже упоминала, я считаю, что Эдипов комплекс является не первичным процессом, а результатом нескольких процессов, разных по своей природе. Он может быть, скорее, простой реакцией ребенка, вызванной сексуально окрашенными ласками

родителей, или наблюдением им сексуальных сцен, или поведением одного из родителей, который делает ребенка объектом слепой привязанности. С другой стороны, он может быть результатом намного более сложных процессов. Как я уже упоминала, в тех семейных ситуациях, которые представляют обильную почву для развития Эдипова комплекса, у ребенка обычно имели место сильный страх и враждебность, и в результате их вытеснения развивается тревожность. Мне представляется вероятным, что в этих случаях Эдипов комплекс возникает вследствие того, что ребенок льнет к одному из родителей ради успокоения. В действительности полностью развившийся Эдипов комплекс, как он был описан Фрейдом, обнаруживает все эти тенденции: чрезмерные требования безусловной любви, ревность, собственническое отношение, ненависть вследствие отвержения, - которые характерны для невротической потребности в любви. В этих случаях Эдипов комплекс нельзя рассматривать как источник невроза, так как он сам является невротическим образованием.

Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 608 с. (с. 360-376)

Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.
Психосоматический подход

Психосоматический подход сложился в связи с распространением представлений о том, что многие болезни возника-

ют на почве множественных этиологических факторов и предполагает выявление роли и учет психологических феноменов, сопутствующих в той или иной степени формированию любого расстройства. Он представляет собой определенную концепцию, своеобразную научно-практическую парадигму, общую ориентировку здравоохранения в целом, когда учитываются комплексные соматопсихосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний (Урванцев Л. П., 1998).

Современные представления о биопсихосоциальной концепции болезни, сменившей в 70-е годы биомедицинскую модель, соответствуют положениям, высказанным еще в 40-х годах Р.А. Лурия, который писал о том, что «по существу вся медицина является психосоматической», имея в виду тот факт, что психологические, психосоциальные факторы в большей или меньшей степени включены в этиопатогенез любого заболевания, соматического или нервно-психического, влияя в той или иной мере на ход течения и исход болезни. Нет только психических и только соматических болезней, отмечает автор, а есть лишь живой процесс в живом организме; его жизненность и состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни.

«Психосоматический подход как принцип врачебной деятельности заключается в как можно более тщательном изучении влияния психосоциальных факторов на возникновение и течение любых соматических болезней и психотерапевтическом лечении больных с учетом этих факторов» (Сидоров

П.И., Парняков А.В., 2000). В самом широком смысле этот подход, по мнению Д.Н.Исаева (1996), охватывает проблемы внутренней картины здоровья, конверсионных, соматогенных, соматизированных психических и ипохондрических расстройств, психологических реакций личности на болезнь, умирание, смерть, отрыв от семьи, симуляцию, а также искусственно продуцируемые расстройства, в том числе синдромы Мюнхаузена (симуляция болезней, которые приводят к операции) и Полле (искусственное причинение болезни ребенку его собственной матерью).

В общем виде под термином «психосоматические расстройства» большинство авторов понимают нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998). Представление о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии, отмечают авторы.

Патогенез психосоматических расстройств, в соответствии с представлениями Д.Н.Исаева, чрезвычайно сложен и определяется сочетанием и взаимодействием следующих основных факторов: неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами; наследственным

предрасположением к психосоматическим расстройствам; нейродинамическими сдвигами (нарушения деятельности ЦНС); личностными особенностями; психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий; фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов; особенностями психотравмирующих событий.

Таким образом, этиопатогенез психосоматических нарушений определяется комплексом воздействующих причин, структура которого совпадает с многоуровневой структурой организации человека, где различают биологический, психофизиологический, психологический, социально-психологический и социальный уровни функционирования.

«Учет психических факторов, их «веса», механизмов их включения в схему патогенеза болезни позволяет раскрыть социально-психологическую детерминацию патологии человека, объяснить ее своеобразие», - вот то, что, по мнению Ю.М.Губачева и С.С.Либиха (1977), дает психосоматический подход практическому здравоохранению. Как отмечают авторы, «широкое применение психотерапии при соматических заболеваниях, «плацебо»-эффект многих методов медикаментозной терапии, неспецифические методы лечения соматических заболеваний, социотерапия позволяют доказать роль психических факторов в генезе заболеваний».

Дифференцированный подход к оценке психологических аспектов болезни помогает определять в каждом конкретном

случае степень и направленность психокоррекционных мероприятий. Как правило, в клинике внутренних болезней речь идет преимущественно о психологическом консультировании, психологической коррекции, симптоматической психотерапии.

Применительно к конкретной группе заболеваний термин «психосоматический» используется в том случае, если роль психологических факторов в рамках полифакторной модели болезни является ведущей.

Психосоматическое заболевание

Под психосоматическим заболеванием понимают такое соматическое страдание, в этиопатогенезе которого центральная роль принадлежит психологическим факторам, таким, в частности, как неотреагированные эмоции. Согласно рекомендации 6-го семинара ВОЗ по вопросам диагностики, номенклатуры и классификации психических заболеваний, состоявшегося в 1970 г. в Базеле, психофизиологические расстройства при эмоциях рассматриваются как главный элемент психосоматических заболеваний. В общем виде механизм возникновения психосоматических болезней, или, как их еще называют, психосоматозов, может быть представлен следующим образом: психический стрессовый фактор вызывает аффективное напряжение, активизирующее нейроэндокринную и вегетативную нервную систему с последующими изменениями в сосудистой системе и во внутренних органах. Первоначально эти изменения носят функциональный характер, однако при продолжительном и

частом повторении они могут стать органическими, необратимыми (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998).

Существует несколько теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний. Согласно одной из них, например, психосоматическое заболевание является следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психическими травмами. При этом, в соответствии с точкой зрения Д.Н.Исаева (2000), для психосоматического здоровья человека «опасен не только один трагический инцидент, подобный смерти близких, но и несколько менее драматичных, происшедших за короткий промежуток времени, так как они тоже снижают возможности приспособления». При этом автор ссылается на теорию жизненных событий Т.Н.Holmes, R.H.Rahe (1967), в соответствии с которой в течение года человек переживает, в среднем, около 150 заметных жизненных изменений. Если их число возрастает более чем в два раза, то вероятность психосоматического заболевания составляет в среднем около 80%. Если число таких событий несколько меньше (от 150 до 300), то риск заболеваний - 50%.

Другая теория связывает возникновение психосоматического заболевания с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида (амбивалентность мотиваций). Согласно третьей теории, неразрешимый конфликт мотивов (как и неустрашимый стресс) порождает в конечном итоге реакцию капитуляции, отказ от поискового

поведения, что создает общую предпосылку к формированию психосоматического заболевания.

Поражение тех или иных органов и систем в каждом конкретном случае обусловлено генетическими факторами или особенностями онтогенетического развития. Существуют и другие интерпретативные схемы, которые объясняют этиопатогенез психосоматических заболеваний. Более детально они будут рассмотрены ниже.

В трактовке П.И.Сидорова и А.В.Парнякова (2000), для психосоматических расстройств характерным является признание значимости психологических факторов как в возникновении, так и в обусловливании ими усиления или ослабления соматического (физического) страдания. По мнению авторов, критерием отнесения имеющегося специфического физического заболевания или страдания к психосоматическим является наличие психологически значимых раздражителей из окружающей среды, которые во времени связаны с возникновением или обострением данного физического нарушения.

Другая важная проблема психосоматической медицины - проблема *locus minoris resistentiae* - вопрос о преимущественной локализации психосоматических расстройств, возникающих под воздействием одной и той же стрессовой ситуации в виде сердечно-сосудистых или респираторных нарушений у одних больных, мочеполовых или псевдоаллергических - у других. «Ахиллесову пяту» каждого человека создает не только и даже не столько изначальная, конституциональная готовность какого-либо органа к избирательному поражению

или возможная недостаточность его вследствие перенесенного в прошлом заболевания либо повреждения, сколько известная настроенность на него центральной нервной системы (определенная резолюция, принимаемая в ходе афферентного синтеза на уровне нейрона). Именно здесь, в начальной стадии приспособительного процесса, решает организм три важнейших, по П.К.Анохину, вопроса своего поведения (что делать, как делать, когда делать?) на основе зафиксированного в долговременной памяти «опыта болезни».

Практически все исследователи придерживаются представления о том, что центральным вопросом теории психосоматических соотношений является определение места, которое занимают психологические факторы в происхождении соматических заболеваний. В общей проблеме психосоматических взаимоотношений В.В.Николаева (1987) выделяет два больших аспекта: 1. Влияние психических факторов на соматическую сферу человека; 2. Влияние соматических факторов на психику человека.

Ю.М.Губачев и Е.М.Стабровский (1981), в частности, выделяют ряд вариантов развития психосоматических заболеваний: 1) ситуационный (первично-психогенный) вариант, при котором на первом плане среди разнообразных этиологических факторов находятся длительно воздействующие психологически неблагоприятные жизненные условия, столь длительные и интенсивные, что даже развитые защитные и компенсаторные возможности, как на биологическом, так и на психологическом уровне, не ограждают от формирования соматических расстройств; 2) личностный вариант, когда глав-

ным условием формирования соматической патологии выступает психологически деформированная личность (акцентуированная, т.н. невротизированная или психопатизированная), которая обуславливает затяжной, гипертрофированный и извращенный тип психологического реагирования, становление хронизированного эмоционального напряжения. К данному варианту, по мнению П.И.Сидорова и А.В.Парнякова (2000), можно отнести также и формирование болезни через определенные патологические привычки, такие, например, как переедание, алкоголизм, - привычки, имеющие личностную обусловленность; 3) церебральный вариант, при котором отмечаются органические нарушения центральной нервной системы, связан с нарушениями регуляторных механизмов эмоциональных переживаний. Органическая патология обуславливает характерные, так называемые органические особенности аффекта: застойность, ригидность, вязкость, инертность эмоциональных процессов с фиксированностью эмоционально-негативных переживаний, со склонностью к «саморазвитию» аффекта, когда его «обрастание» разнообразными переживаниями происходит уже независимо от внешних воздействующих раздражителей. Формирование соматического заболевания может быть связано в этом случае с чрезмерной силой и длительностью аффективного реагирования, обусловленного структурой самого аффекта при органическом поражении головного мозга; 4) соматический (биологический) вариант, о котором говорят при наличии генетических соматических предпосылок,

обуславливающих развитие грубой органической патологии при наличии психологически благоприятной, комфортной ситуации и гармоничной личностной структуры. Как правило, в этих условиях заболевание формируется по механизмам, непонятным с одной лишь психологической точки зрения.

Квалификация психосоматического заболевания

Диагностические критерии DSM-III и DSM-IV-R для психологических факторов, оказывающих влияние на физическое состояние (т.е. для психосоматических расстройств), - это те психологически значимые раздражители из окружающей среды, которые достоверно, хотя и частично, и временно обуславливают ослабление или усиление физического заболевания.

При таком состоянии имеется либо отчетливая органическая патология, например ревматоидный артрит, либо какой-то известный патофизиологический процесс, например головная боль в виде мигрени. Ниже перечислены диагностические критерии для психологических факторов, оказывающих влияние на физическое заболевание:

1. Психологически значимые раздражители из окружающей среды во временном отношении связаны с началом или обострением специфического физического заболевания или расстройства; Физическое состояние включает либо подтвержденное органическое заболевание (например, ревматоидный артрит), либо известное патофизиологическое расстройство (например головную боль, мигрень).

Состояние не отвечает критериям для соматоформного расстройства.

Современные классификации болезней (МКБ-10) не относят к психосоматическим расстройствам психические нарушения, при которых соматические жалобы являются составной частью заболевания, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни (соматоформные расстройства). Например, расстройство в виде конверсии, при котором соматические жалобы вызваны психологическим конфликтом; ипохондрия, при которой отмечается обостренное внимание к своему здоровью и воображаемое ощущение тяжелой болезни. Нет оснований относить к психосоматическим заболеваниям и соматизированные депрессии, при которых этиологическая роль в возникновении жалоб, имитирующих соматическое страдание, отводится не психологическим факторам внешней среды, а нарушениям функционирования эмоциогенных мозговых структур, вызванным основным заболеванием.

Как отмечают в этой связи Г.И.Каплан и Б.Дж.Сэдок (1994), специально исключены из классификации DSM-III-R: 1) классические психические расстройства, при которых соматические жалобы являются составной частью заболевания (например расстройство в виде конверсии, при котором соматические жалобы вызваны психологическим конфликтом); 2) расстройство в виде соматизации, при котором выявляются физические симптомы, не основанные на органически неполноценной почве; 3) ипохондрия, при

которой отмечается обостренное внимание к своему здоровью и воображаемое ощущение тяжелой болезни; 4) физические жалобы, которые часто связаны с психологическими расстройствами (например расстройства в виде дистимии, которые сопровождаются мышечной слабостью и изможденностью; 5) физические жалобы, связанные с привычными расстройствами (например кашель, связанный с табакокурением).

Более широкое по сравнению с традиционным понимание психосоматических расстройств, которое принимается и разделяется в настоящее время далеко не всеми авторами, позволяет П.И.Сидорову и А.В.Парнякову (2000) кроме различных кратковременных «психосоматических» реакций, появляющихся в напряженных жизненных ситуациях (например сердцебиение у влюбленного или потеря аппетита при печали), выделить еще четыре большие группы расстройств иного качества:

Конверсионные симптомы - символическое выражение невротического (психологического) конфликта. Их примерами являются истерические параличи, психогенная слепота или глухота, рвота, болевые ощущения. Все они - первичные психические феномены без тканевого участия организма. Тело здесь служит как бы сценой символического выражения противоречивых чувств больного, которые подавлены и вытеснены в бессознательное.

«Психосоматические» функциональные синдромы - возникают чаще также при неврозах. Такие «соматизированные»

формы неврозов иногда называют «неврозами органов», системными неврозами или вегетоневрозами. В отличие от психогенной конверсии, отдельные симптомы здесь не имеют пещифического символического значения, а являются неспецифическим следствием телесного (физиологического) сопровождения эмоций или сравнимых с ними психических состояний. В частности, некоторые варианты эндогенных депрессий часто имитируют какое-либо соматическое заболевание, «маскируются» под него. Такие депрессии принято называть «маскированными», ларвированными или соматизированными депрессиями. К группе функциональных психосоматических синдромов часто также относят и некоторые психофизиологические заболевания - мигрень и ряд других подобных болезней.

Органические психосоматические болезни (психосоматозы) - в их основе лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми патологическими изменениями в органах. Соответствующая наследственная предрасположенность может влиять при этом на выбор органа. Первые проявления психо-соматозов возникают в любом возрасте, но чаще они начинают фиксироваться уже в ранней юности у лиц с отчетливыми и постоянными определенными личностными характеристиками. После манифестации заболевание обычно приобретает хроническое или рецидивирующее течение, и решающим провоцирующим фактором возникновения очередных обострений является для больного психический

стресс. Другими словами, этиопатогенез собственно психосоматических расстройств в значительной мере, особенно на ранних стадиях заболевания, связан с психологически значимыми для личности раздражителями из окружающей среды. Однако параллельно возникающие функциональные сдвиги со стороны внутренних органов на более поздних этапах болезни приводят к их деструкции, т.е. органическим изменениям, и заболевание приобретает все черты типично соматического, физического страдания. Исторически к этой группе относятся семь классических психосоматических заболеваний: эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит и гипертиреозидный синдром (так называемая чикагская семерка по Alexander, 1968). В настоящее время к психосоматической патологии относят также и такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, нейроциркуляторная дистония, сахарный диабет, ожирение.

А.Л.Гройсман (1998) считает необходимым выделить следующие виды соматической патологии, при которых психосоматические и соматопсихиатрические соотношения являются ведущими, во многом определяя особенности этиопатогенеза:

В гастроэнтерологии - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, синдром раздраженной толстой кишки, рефлюксы, дискинезии желчного пузыря и кишечника, «эмоциональная

желтуха», «женские панкреатиты» и другие функциональные и секреторные расстройства пищеварения;

В кардиологии и ангиологии - кардиалгии функциональной природы, функциональные аритмии, транзиторные гипертонии, пароксизмальные гипотонические состояния, вегетодистонии, нейроциркуляторные расстройства;

В пульмонологии - бронхиальная астма, астмоидный бронхит, невротические и психогенные профессионально обусловленные расстройства дыхания;

В эндокринологии - сахарный диабет, гипертиреозидные и гипотиреозидные реакции, гормональные дисфункции, невротическое ожирение, нервная анорексия;

В хирургии - застойные функционально-динамические послеоперационные нарушения и дезадаптации.

Наиболее распространенными считаются психосоматические заболевания сердечно-сосудистой системы и болезни желудочно-кишечного тракта. Психосоматические заболевания имеют некоторые общие отличительные клинические особенности, к которым, в частности, относятся: наличие клинической предстадии, рецидивирующе-ремиттирующее течение, полипатогенность, склонность к выходу в длительную ремиссию, по своим клиническим характеристикам приближающуюся к выздоровлению (Косенков Н.И., 2001). «Психосоматические» расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения, - склонность к травмам и другим видам саморазрушающего поведения

(алкоголизм, наркомания, табакокурение, переедание с ожирением и др.). Эти расстройства обусловлены определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и ее переживаний, что приводит к поведению, результатом которого является нарушение здоровья. Например, существует точка зрения, в соответствии с которой склонность к травмам характерна для личностей со свойствами, которые противоположны точности, тщательности, аккуратности. Повышенное потребление пищи может пониматься как индикатор престижа, социальной позиции или заменой, компенсацией недовольства.

Ключевые термины и интерпретативные схемы, используемые при объяснении этиологии психосоматических заболеваний

Социально-психологический уровень интерпретации

Эгоцентризм

В проведенных многочисленных исследованиях было показано, что существуют неспецифические психологические особенности, характерные в целом для всех больных с самыми разнообразными видами психосоматической патологии. К таким психологическим чертам относятся: эгоцентризм, личностная незрелость, инфантилизм, неспособность управлять символическими процессами в целях коммуникации, а также недостаточная степень эмоциональной вовлеченности в происходящие события, неумение описывать тонкие нюансы собственных переживаний, находить точные слова для само-

выражения. Я.Рейковский отмечает в этой связи, что благоприятные условия для возникновения психосоматических заболеваний складываются, когда доминирующими являются личные интересы и потребности, когда достижение личных целей является главным источником жизненной активности.

Большинство авторов рассматривают эгоцентризм с его фиксированностью на собственных интересах, своем психологическом мире, телесных ощущениях с недоучетом или игнорированием интересов других людей, требований внешней ситуации, окружающего мира в его пространственно-временном континууме как обязательную принадлежность «психосоматической» личностной структуры. Сосредоточенность на разнообразных - эмоциональном, физическом, психологическом, экзистенциально-философском - аспектах собственного «Я» делает это «Я» грандиозным, затмевая для индивида окружающих его людей. Весь мир сужается до размеров собственного «жизненного пространства», в котором только и могут происходить действительно значимые для индивида события. Эгоцентрическая направленность личности обнаруживает себя в гипертрофированно рациональном отношении к миру, прагматизме, потребительских склонностях, рентных установках.

Так, по данным Я.Рейковского, поступки пациентов с гипертонической болезнью, в соответствии с результатами проведенного экспериментально-психологического исследования, оказались почти исключительно «потребительскими», тогда как здоровые, кроме проявлений концентрации на себе самом, обнаружили также способность концентрации на

внешней ситуации, на требованиях внешней ситуации, интересов окружающих. При этом больные по сравнению со здоровыми получили значительно меньше показателей самооодобрения. У больных также было значительно меньше, чем у здоровых, показателей активности, готовности к активному преодолению трудностей, к достижению целей. «Не исключено, - отмечает также автор, - что доминирующие у больных эгоцентрические установки могут быть источником частых и очень сильных эмоциональных реакций, которые с большим трудом поддаются контролю».

Экспериментально-психологические и клинические исследования, проведенные в лаборатории Я.Рейковского (1979), позволили автору прийти к заключению о том, что эмоциональные реакции больных с разнообразными психосоматическими нарушениями свидетельствуют «об особенно высокой степени концентрации на себе самом, или, выражаясь иначе, о доминирующей роли «структуры Я» как механизма, регулирующего поведение, при одновременном отсутствии адекватных средств для удовлетворения связанных с этим потребностей, или при неодобрении своего «Я».

При этом «структура Я», в соответствии с представлениями Я.Рейковского, формируется под влиянием информации, поступающей от собственного организма, — информации о протекании и результатах предпринятой субъектом деятельности, а также под влиянием оценок и мнений окружающих. Таким образом, эгоцентрическая направленность личности формируется на основе неодобрения телесных аспектов «Я», неприятия (или

амбивалентной оценки) соматического (биологического) уровня «Я-концепции». В заключение автор формулирует гипотезу, в соответствии с которой одним из потенциальных факторов, обуславливающих психосоматические заболевания, может быть дефект в процессе социализации индивида. Этот дефект определяется как одностороннее развитие эгоцентрических установок, которых индивид не одобряет вследствие интернализации социальных норм и которые он не в состоянии активно реализовывать ввиду того, что он их не одобряет. Такая внутренне противоречивая структура личности с ограниченной способностью к самореализации, а вместе с тем к решению задач, следующих из выполняемых ролей, может стать гипотетическим устойчивым источником нарушений в эмоциональном и вегетативном функционировании человека.

Эмоциональный контроль

Каразу подчеркивает, что для больных разнообразными психосоматическими заболеваниями характерно формирование наиболее жестких и архаичных защитных механизмов отрицания и реакций, направленных против переживания аффекта; эти больные, по его мнению, неспособны выражать отрицательные чувства, особенно агрессивность. В соответствии с представлениями Каразу, многие пациенты с психосоматическими заболеваниями рассматривают психологический конфликт как признак слабости характера, а эмоциональные проблемы - как равнозначные симуляции; типичным для них является отношение к проявлениям зависимости как к чему-то постыдному.

Больным свойственен высокий эмоциональный контроль, за которым обнаруживается стремление к отказу от выражения собственных потребностей, зависимость, разочарование, гнев, а также сознание своей беспомощности. Высокий эмоциональный контроль описывается наряду с такими качествами больных психосоматическими расстройствами, как обязательность, ответственность, развитое чувство долга, повышенная нормативность, приверженность морально-этическим нормам, носящая подчас гипертрофированный характер.

Чрезмерный самоконтроль обнаруживается не только на ментальном, психологическом уровне, но также и во внешнем поведении, позе, походке, почерке, жестах, мимике - словом, во всех аспектах невербальных проявлений. Движения постоянно контролируются и регламентируются, приобретая оттенок скованности, «деревянности», интонационные характеристики речи сглаживаются, производя впечатление монотонности и однообразия.

Инфантилизм

Н.Д.Былкина считает, что для психосоматических теорий «новой волны» очень важной предпосылкой оказалось разработанное Дж.Райхом понятие инфантильной личности, для которой характерны зависимость и пассивность, детские способы мышления, тенденция реагировать действиями, завышенные притязания, пассивная агрессивность. Их эмоции и чувства не выражаются в экспрессивном поведении, фантазии стереотипны и примитивны, они «эмоционально сцеплены» с «ключевой фигурой», обычно с матерью.

В некоторых психосоматических теориях используется понятие «потери объекта» («объектная потеря») как процесса действительной, угрожающей или воображаемой потери значимого объекта, в роли которого может выступать смерть близкого человека или длительное нарушение контакта с ним. Особенно опасна потеря «ключевой фигуры» - наиболее значимого в жизни лица. Пациенты с психосоматическими нарушениями не умеют адекватно перерабатывать переживания потери объекта, которая вследствие этого остается непреодоленной, не утратившей своей актуальности. Длительный хронический стресс такого рода может приводить к формированию заболевания.

При этом психологическая зависимость от другого лица может проявляться как в положительных чувствах по отношению к нему, так и в отрицательных. Любое сильное эмоциональное переживание взаимоотношений с другим человеком фиксирует его значимость в субъективной картине мира переживающего. В.Райх отметил, что психологические признаки зависимости выявляются у большинства пациентов с психосоматическими заболеваниями, симбиотически связанных с матерью и отличающихся «недоразвитием личности» и эмоциональной незрелостью. По-видимому, все же речь может идти не о «недоразвитии» личности, т.е. социальных качеств индивида, а, скорее, о «недоразвитии» индивидуальности, психологической «модальности» индивида со свойственной ему известной степенью самостоятельности и автономности, способности принимать решения и брать на себя ответственность за сделанный выбор.

Личности с чертами инфантилизма переносят симбиотический характер взаимоотношений с матерью во все другие формы взаимоотношений: они выбирают сексуального партнера, выполняющего по отношению к ним доминирующую функцию «отца» или «матери», они привносят черты ребячливости в профессиональные взаимоотношения, демонстрируя в формальной ролевой структуре повышенную зависимость от оценок окружающих, в основе которой неизменно лежит неуверенность в себе, неспособность отказаться от отношений зависимости с окружающими.

В.Д.Тополянский, М.В.Струковская (1986) следующим образом описывают эмоциональные особенности лиц с чертами инфантилизма: «в отличие от хорошо интегрированного человека (способного к адекватной оценке любых обстоятельств и подчинению всех случайных или ситуационных интересов доминирующей потребности) эмоциональные реакции у этих людей отвечают нередко лишь одной, непропорционально выраженной потребности данного момента, что создает подчас острое противоречие с основными интересами личности (бурные аффективные вспышки могут протекать в таких случаях по существу на уровне самодеструктивного поведения). Усугубление эмоционального конфликта связано с возникновением амбивалентных чувств (если ни одна из ряда негативных эмоций не получает доминирующего значения).

Эмоциональная незрелость

Важным шагом в интерпретации психосоматической патологии стала теория десоматизации - ресоматизации,

сформулированная в конце 20-х годов XX века М.Шур. В соответствии с представлениями М.Шур в рамках теории десоматизации-ресоматизации, предрасположенность к психосоматическим заболеваниям вызывается недостаточной дифференцированностью эмоциональных и соматических процессов у лиц с явлениями инфантилизма. Любое эмоциональное нарушение у таких личностей легко трансформируется в расстройство соматических функций. Причины психосоматических заболеваний, по мнению М.Шур, связаны с провалами в деятельности «Эго» и регрессией на более низкий уровень психосоматического функционирования.

Напротив, развитое, зрелое «Эго» обеспечивает адекватный контроль побуждений и эмоций, независимость от непроизвольных средств разрядки побуждений. Если же под влиянием стресса защитные механизмы разрушаются, происходит регрессия на физиологический уровень реагирования и возникают условия для формирования сердечно-сосудистых, пищеварительных и других расстройств. При наличии физиологического сопровождения эмоции ее осознания как специфического психологического переживания на уровне психической деятельности не происходит.

С позиций теории М.Шур становится понятной невысокая эффективность применения патогенетической психотерапии в клинике внутренних болезней. В соответствии с многочисленными публикациями по проблеме психотерапии психосоматических расстройств, эффективными в системе комплекс-

ных лечебно-реабилитационных мероприятий психосоматических заболеваний оказываются преимущественно симптоматические методы лечения: гипноз, аутотренинг, разнообразные релаксационные методики, биообратная связь. При попытках использовать патогенетические методы психотерапии во многих случаях на эмоциогенную провокацию (анализ актуальной внутриличностной проблематики) следует обострение соматической симптоматики: отмечается подъем артериального давления, приступ удушья, болевой синдром. Частые ухудшения соматического состояния с манифестацией соматической симптоматики при патогенетической психотерапии психосоматических нарушений приводят к их ограниченному использованию в клинике внутренних болезней.

Алекситимия

Среди факторов, предрасполагающих к возникновению психосоматической патологии, отмечается также такая психологическая особенность, как алекситимия. Термин «алекситимия» означает «недостаток слов для выражения чувств». Термин был предложен П.Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний - ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. П.Сифнеос полагал, что эмоциональная невыразительность создает конфликтную ситуацию в межличностной сфере, а эмоциональное напряжение трансформируется в патологические физиологические реакции.

В современной интерпретации это понятие включает в себя трудности в описании собственных чувств, в дифференциации чувств и телесных ощущений, сужение аффективного опыта, снижение способности к символизации, бедность фантазий и воображения, предпочтение фокусированное внимания на внешних объектах (Эйдемиллер Э.Г., Макарова О.Ф., 2000).

«Алекситимики» бесконечно долго и детально описывают физические ощущения, часто напрямую не связанные с основным заболеванием, в то время как внутренние ощущения, характеризующие эмоциональную жизнь, излагаются ими в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, недифференцированного возбуждения или напряжения. Эмоциональная сфера личностей с чертами алекситимии слабо дифференцирована, аффекты неадекватны, воображение развито недостаточно, уровень абстрактно-логического мышления невысок. «Алекситимики» отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Типичны также инфантилизм, чрезмерный прагматизм, дефицит рефлексии, эмоциональная неустойчивость с частыми «срывами». Их преобладающий образ жизни — действие. Взаимодействие с такими людьми приносит ощущение скуки и бессмысленности контакта. «Алекситимику» трудно работать со снами, поскольку он редко их вспоминает и скупо описывает.

Для объяснения синдрома алекситимии J.S.Nemah выделяет две модели: «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение

аффектов, поэтому в данном случае можно говорить о «вторичной алекситимии» и рассматривать ее как психологическую защиту, предполагая ее обратимость. Ряд авторов (Sifneos P., 1973; Ереско Д.Б., Исурина ГЛ., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., 1994) считает, что у многих больных алекситимические проявления необратимы, несмотря на длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию. Такого рода алекситимия является первичной. Для ее объяснения используется модель «дефицита», вызванного биохимическими, нейрофизиологическими или генетически обусловленными нарушениями (Эйдемиллер Э.Г., Макарова О.Ф., 2000).

Л.П.Урванцев (1998) выделяет несколько групп черт, характерных для страдающих алекситимией: расстройства аффективных функций, нарушения когнитивных процессов, нарушение самосознания и особое восприятие мира («специфическая картина мира», с недостаточностью его чувственного переживания). Как социокультуральный феномен алекситимия связана с низким социальным статусом, с невысоким уровнем образования, с недостатком словесной культуры. В рамках психоанализа алекситимия рассматривается как защитный механизм, действующий против невыносимых для личности аффектов. Действительно, личности с алекситимическими чертами чаще высказывают жалобы соматического характера, что в ряде случаев является признаком соматизации аффекта.

Если подавление чувств, эмоциональных реакций, в том числе на ситуацию опасности, жесткая регламентация эмо-

циональных проявлений становится хронической, превращаясь в стиль жизни, то межличностные взаимоотношения становятся дистанцированными, приобретают черты поверхностности и формальности. Нивелирование эмоциональных проявлений придает поведению нейтральность и безучастность, а текущим эмоциональным реакциям - оттенок безразличия.

Алекситимия как проявление дефекта развития является, по мнению Л.П.Урванцева, неспецифическим расстройством в переживании и протекании эмоций, «досимволическим стилем психики», характерным для лиц с низким уровнем дифференцированности психических структур. Такую психику можно отнести к преневротическому уровню. Алекситимики используют незрелые механизмы психологической защиты, такие как отреагирование, отрицание, проективную идентификацию. Непосредственной причиной подобного дефекта развития может быть расстройство ранних отношений «мать-ребенок», негативно влияющее на становление представлений о мире и о собственной личности.

В.В.Николаева устанавливает связь феномена алекситимии с особенностями психической саморегуляции, основываясь на концепции смысловых образований личности (Братусь Б.С., Василюк Ф.Е.). Важный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности - это рефлексия, которая позволяет осознать смысл собственной жизни и деятельности и является частным механизмом личностно-мотивационного уровня саморегуляции. Дефицит

рефлексии проявляется в том, что «алекситимик» неспособен управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их в соответствии с изменяющимися условиями текущей жизненной ситуации, поскольку в процессе онтогенеза потребность в саморегуляции не была сформирована. Невозможность реализации актуальных потребностей ведет к хронизации эмоций и, как следствие, к стойким соматическим изменениям.

Основные принципы психологической коррекции алекситимии описаны Н.Д.Семеновой (1993). В условиях групповых занятий психологическая коррекция должна состоять из трех последовательных этапов: 1) релаксация и дидактическая направленность; 2) опора на невербальные средства общения; 3) актуализация «внутреннего диалога». Релаксирующими приемами, в соответствии с представлениями автора, могут быть аутогенная тренировка, сеансы музыкотерапии, вспомогательные приемы психогимнастики. При этом развивается способность чувствовать и умение вербализовывать чувства по принципу «здесь и теперь». Актуализация невербальных способов общения и опора на них также способствуют «растормаживанию» чувств. Наконец, с помощью специальных приемов актуализируются скрытые, не полностью осознанные внутренние диалоги; они разворачиваются и вербализуются. «Внутренние диалоги» алекситимической личности недифференцированы, диффузны, смазаны, слитны, в них трудноразличимы два внутренних собеседника.

С целью психологической коррекции алекситимии можно также модифицировать психодинамическую психотерапию таким образом, чтобы она напоминала работу с детьми, когда психотерапевт ведет себя подобно матери, помогая «алекситимику» в достижении психологической зрелости, обучая его созданию символов, помогая осознавать, наблюдать и организовывать аффекты, работая над его дефектным коммуникативным стилем.

Агрессивность

Если у матери есть преневротическая патология, она, проявляя гиперопеку или латентное отвержение в воспитании, не может научить ребенка самостоятельной саморегуляции, самозащите, стратегиям совладания с напряжением. Отсутствие стабильности и принятия во взаимоотношениях с матерью, не обеспечивая маленького человека необходимым количеством душевного тепла, формирует у него чувство неуверенности, заставляя компенсаторно искать защиту в симбиотических взаимоотношениях либо, защищаясь, вступать с потенциально враждебным миром в отношения враждебной конфронтации. Враждебность к миру дополняется враждебностью к самому себе. Ауто- и гетероагрессивные черты становятся устойчивой особенностью личности пациентов с самыми различными психосоматическими нарушениями.

Под агрессивным поведением (агрессией) понимают адресованное другому человеку, группе лиц или собственной личности поведение, характеризующееся инициативностью и целенаправленностью; целью агрессии является причинение

вреда, нанесение ущерба, а специфическим способом достижения цели — применение силы или угроза ее применения. К признакам, квалифицирующим то или иное действие как агрессивное, относятся следующие основные черты: наличие субъект-субъектного или субъект-объектного взаимодействия; вне процесса общения агрессии не существует, и в этом смысле она рассматривается как патологическая форма межличностного взаимодействия; наличие признака инициативы и направленности действий против конкретного человека или объекта; наличие цели или результата действий, заключающихся в причинении вреда, нанесении ущерба; использование в качестве способа достижения цели непосредственного применения силы, угрозы ее применения или демонстрации превосходства в силе (Соловьева С.Л., 1998).

Как правило, в исследованиях, посвященных проблеме агрессивного поведения, выделяются три группы причин, влияющих на агрессию: биологические, социальные и психологические. К биологическим факторам наиболее часто относят: наследственность, отягощенную психическими заболеваниями, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и психотропных препаратов, наличие в анамнезе тяжелых или повторных черепно-мозговых травм, а также в ряде случаев инфекций, интоксикаций и т.д.

В качестве социальных факторов, оказывающих свое воздействие на агрессивное поведение, выступают: полученное образование, наличие и характер выполняемой работы, семейное положение, общение в асоциальных группах и другие.

Среди психологических характеристик, связанных с агрессивностью как свойством личности, рассматриваются: выраженность в структуре личности черт эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, импульсивности, тревожности, а также склонность к дисфориям, к эмоциям ярости и гнева. Могут иметь значение особенности самооценки, локуса контроля. Одну из центральных ролей в организации агрессивного поведения играют характеристики мотивационной сферы, а также уровень социализации индивида со степенью интериоризации регулирующих поведение морально-этических и правовых норм.

Среди видов агрессивного поведения выделяется агрессия физическая и вербальная (словесная - угрозы, оскорбления, критика и т.д.). По наблюдениям Х.Хекхаузена, если для детского возраста характерно применение физической агрессии (у детей от 3 до 10 лет отмечается приблизительно 9 актов физической агрессии в час), то у взрослых она социализируется, приобретая социально приемлемые формы, превращаясь в агрессию вербальную. К наиболее социализированным формам вербальной агрессии относятся ирония, юмор, сатира. Агрессивное поведение бывает также гневным, мотивированным эмоцией гнева, и инструментальным, когда в рамках более общей деятельности агрессивное действие выступает в качестве инструмента, используемого для достижения какой-либо другой цели. Примерами инструментальной агрессии могут быть шантаж, взятие заложников и т.д. Агрессия подразделяется в ряде исследований на скрытую (мечты, фантазии, воображение сюжетов

мести, сцен насилия, сны) и открытую, которая, в свою очередь, делится на прямую (непосредственно выражаемую в поведении и адресованную лицу, спровоцировавшему агрессию), косвенную (когда вред причиняется не открыто, а косвенным путем - анонимные письма или сплетни вместо желаемой физической расправы над обидчиком) и перемещенную (со сменой объекта агрессии: вместо того чтобы ударить обидчика, можно пнуть кресло, кошку, собаку, ребенка, хлопнуть дверью и т.п.). Косвенная и перемещенная агрессия, как правило, наблюдается в тех случаях, когда лицо, спровоцировавшее агрессивные действия, защищено высоким социальным статусом, властью или физической силой. Агрессия также может быть направлена на окружающих (гетероагрессия) либо может быть адресована собственной личности (аутоагрессия). Наиболее brutальной формой аутоагрессивного поведения является суицид.

В рамках концепции агрессивного поведения крупнейшего представителя динамической психиатрии Понтера Аммона рассматривается три вида агрессии. Г.Аммон различает агрессию конструктивную (открытое прямое проявление агрессии в социально приемлемой форме или с социально позитивным результатом), деструктивную (открытое прямое проявление агрессии в социально неприемлемой форме или с социально негативным результатом) и дефицитарную (связанную с дефицитом соответствующих поведенческих навыков и вследствие этого - с недостаточным отреагированием агрессивных побуждений). Дефицитарная форма агрессии, по данным современных

авторов, в наибольшей степени характеризует пациентов с самыми разнообразными формами психосоматической патологии.

Неотреагированная (дефицитарная) агрессия может формировать неадекватную реакцию спазмирования сосудов мозга (гипертоническая болезнь) или коронарных сосудов (ишемическая болезнь сердца). Повышение артериального давления является адекватной реакцией на экстремальную внешнюю ситуацию, но хронически повышенное артериальное давление может поддерживаться подавленной неосознаваемой агрессивностью. Дефицитарная агрессивность характеризуется неспособностью к утолению гнева, в результате чего неотреагирование и длительное накопление, хронизация эмоций злости и гнева, помимо сосудистой гипертензии и стенокардии, может приводить к истощению иммунитета, вследствие чего облегчается формирование самого широкого спектра соматических расстройств. В этом случае дефицитарная агрессивность (распознаваемая при экспериментально-психологическом исследовании в виде амбивалентности агрессивных тенденций с признанием их значимости для личности при одновременном неодобрении и чрезмерном контроле) выступает в качестве общего неспецифического фактора всех психосоматических заболеваний.

Амбивалентность

Теоретически вполне допустимо предполагать, что предпосылки для формирования разнообразных соматических нарушений во внутренних органах создаются тогда, когда психологические доминанты, определяющие

наиболее значимые личностные тенденции и соответствующее им поведение, в основе которых лежат противоположные по направленности физиологические процессы (например, напряжение-расслабление), характеризуются амбивалентностью.

Об амбивалентности можно говорить, если какая-либо значимая «психологическая доминанта» одновременно одобряется и не одобряется личностью, в одно и то же время признается и отрицается, скрывается и обнаруживается в поведении. Так, например, в отношении больных с психосоматическими нарушениями сердечно-сосудистой системы в качестве такой «психологической доминанты» выступает агрессивность, в то время как у пациентов с психосоматическими нарушениями желудочно-кишечного тракта наиболее часто «психологической доминантой» является паранойяльность (подозрительность, недоверчивость, обидчивость, ранимость) (Соловьева С.Л., 1991).

Перфекционизм

Перфекционизм - стремление к совершенству, ригидная потребность безупречно выполнять все обязанности, все поручения и предъявляемые требования. В основе этой психологической характеристики лежит нереалистическая установка «всегда и во всем быть лучше всех» с непомерно завышенными требованиями как к окружающим, так и к собственной личности. Перфекционизм является частым атрибутом инфантильной личности, которая не знает своих «границ», пределов своей профессиональной и личной компетентности. Образ жизни, связанный с активной реализаци-

ей этой нереалистичной установки, практически всегда связан с длительным напряжением, которое переводит организм человека и все его психические функции в режим экстремального существования. Хроническое напряжение неизбежно приводит к астенизации, на фоне которой легко формируются эмоциональные нарушения тревожно-депрессивного плана. Перфекционизм в значительной части случаев наблюдается в структуре невротической личности; он также характерен для «психосоматической» личностной структуры.

В психологической структуре лиц с разнообразными психосоматическими нарушениями Перфекционизм проявляется в виде таких социально-психологических черт, как повышенная ответственность, обязательность, требовательность, чрезмерная нормативность с развитым чувством долга, с неуклонной приверженностью морально-этическим нормам, с обязательным соблюдением групповых ценностей и целей. Такие пациенты, акцентированные на групповых интересах в ущерб собственным субъективно-значимым склонностям, нередко производят впечатление «гиперсоциальных».

Поисковая активность

С точки зрения В.С.Ротенберга и В.В.Аршавского (1984), существует некоторая фундаментальная детерминанта поведения людей - потребность в поиске - «потребность в самом процессе постоянного изменения». С позиций сформулированной авторами концепции поисковой активности она является «общим неспецифическим фактором, определяющим

устойчивость организма к стрессу и вредным воздействиям при самых различных формах поведения». При этом пассивно-оборонительную реакцию во всех ее проявлениях авторы предлагают рассматривать как отказ от поиска в неприемлемой для субъекта ситуации, полагая, что не ситуация сама по себе, а отказ от поиска делает организм более уязвимым: «стресс сменяется дистрессом тогда и только тогда, когда поиск уступает место отказу от поиска».

К поисковым, в соответствии с представлениями В.С.Ротенберга и В.В.Аршавского, не относятся все виды стереотипного, автоматизированного поведения, условнорефлекторная деятельность, т.е. такое любое поведение, результаты которого могут прогнозироваться с высокой степенью вероятности. К поисковому поведению не относятся такие специфические варианты отказа от поиска, как невротическая тревога и депрессия.

Поисковая активность обладает стимулирующим воздействием на организм и повышает его устойчивость к действию вредных факторов. Отказ от поиска, напротив, снижает адаптивные возможности организма. При этом, как считают авторы, поисковая активность может быть более значимым фактором адаптации, чем испытываемые человеком положительные эмоции: «если положительная эмоция, чувство удовлетворенности не сопровождаются поиском, устойчивость организма к внешним воздействиям остается низкой. Лучше отрицательные эмоции с поиском, чем положительные без него».

В этой связи отмечается, что неизменное положительное подкрепление, если оно не требует активных усилий от субъекта, обуславливает детренированность механизмов поисковой активности и снижает возможности организма к противодействию эмоционально-негативным воздействиям. Идеальным сочетанием поиска и положительных эмоций является творчество, когда сам процесс поиска доставляет удовольствие и это удовольствие подкрепляет и делает субъективно более приятным последующий поиск. Важным для понимания концепции поисковой активности является положение о том, что «поиск направлен не столько на изменение безнадежной ситуации, сколько на сохранение собственного определенного поведения, обеспечивающего самоуважение».

С позиции концепции поисковой активности авторами интерпретируются психосоматические заболевания, в частности, связанные с нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы: «болезни достижения» - это «психосоматические заболевания, обусловленные хронической фрустрацией потребности в поиске, дефицитом необходимой поисковой активности». «Болезни достижения», - пишут авторы, это предостережение для тех, кто не склонен останавливаться на достигнутом. В целом же, в соответствии с концепцией, отказ от поиска «является неспецифической предпосылкой к развитию самых разнообразных форм патологии».

Выученная беспомощность

Еще одним понятием, используемым для описания роли психологических факторов в происхождении психосоматиче-

ской патологии, является понятие выученной беспомощности. Выученная беспомощность - это состояние, которое возникает у человека или животных после более или менее длительного аверсивного воздействия, избежать которого не удастся (в экспериментах на животных для этих целей используется электрический ток, а людям предъявляется серия нерешаемых задач, либо в процесс деятельности вводятся неустраняемые помехи). У человека выученная беспомощность проявляется эмоциональными расстройствами (депрессия или невротическая тревога); на этом фоне возможно возникновение психосоматических расстройств (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998).

Основной характеристикой выученной беспомощности является ее тенденция к генерализации - будучи выработанной в одной конкретной ситуации, она, как правило, распространяется на многие другие, так что субъект перестает предпринимать попытки справиться даже с теми задачами, которые поддаются решению.

Концепция «выученной беспомощности» («обученной беспомощности»), или «безднадежности» как причины многих нарушений эмоциональной или психосоматической природы, получила широкое распространение в западной психологии. Представление зарубежных психологов об этом феномене изложено, в частности, Мартином Селигменом под названием «безднадежность» (1975).

По мнению G.Engel, A.H.Schmale (1967), развитию психосоматического заболевания после эмоционального стресса способствует состояние беспомощности, когда все окружаю-

щее воспринимается как небезопасное и не доставляющее удовольствия, а сам человек чувствует себя покинутым. В то же время, если индивида окружает такая социальная среда, которая разделяет его оценки и мнения и где он может всегда найти эмоциональную поддержку, то вероятность патологического воздействия эмоционального стресса на соматическую сферу уменьшается (Caplan I., 1974). Поэтому социальную поддержку можно рассматривать как социально-психологический механизм, смягчающий отрицательные последствия стресса (Dean A., Lin N., 1977). Для человека наличие социальных связей столь важно, что одно уже их отсутствие или недостаточность может рассматриваться в качестве самостоятельных причин стресса (Henderson S., 1981).

Д.Н.Исаев (2000) отмечает, в частности, что «привязанность, возникающая между детьми и их родителями в самый чувствительный для этого период — вскоре после рождения, имеет колоссальное значение не только в качестве цементирующего фактора, объединяющего группы людей, но и в качестве механизма, обеспечивающего их безопасность. Формирование этого социального механизма основано на врожденных образцах поведения, что и определяет не только прочность привязанностей, но и их большую защитную силу. В тех же случаях, когда родительская забота была недостаточной, а социальные отношения нарушались или отсутствовали, у детей в дальнейшем не доставало необходимых жизненных социальных качеств. Эти чувства незащитности и неспособности оградить себя от опасности приводили к часто возникаю-

щим тревожным реакциям и почти постоянным нейроэндокринным изменениям».

Роль семьи в формировании психосоматических заболеваний

Выявленные психологические черты, присущие, по мнению самых различных авторов, больным с психосоматическими расстройствами, такие как эгоцентризм, инфантилизм с повышенной зависимостью от окружающих, эмоциональная незрелость, скрытая или явная агрессивность, алекситимия, избыточный контроль над эмоциями, - все эти особенности возникают у формирующейся личности в структуре и под воздействием межличностных взаимоотношений в родительской семье.

По мере исследования психологических факторов этиопатогенеза соматических расстройств постепенно накапливались эмпирические данные, которые все больше побуждали исследователей к изучению межличностных отношений больных психосоматическими заболеваниями. Результаты этих исследований далеко не всегда укладывались в рамки известных теорий или приводили к построению новых целостных концепций психосоматической медицины, однако они углубляют представления о природе психосоматических расстройств.

Установлено особое значение для развития ребенка и снижения вероятности психосоматического заболевания в будущем адекватного поведения матери по отношению к ребенку с первых лет его жизни. Если мать отвергает попытки ребенка разрушить симбиотическую эмоциональную

связь с нею, блокирует его стремление к автономии и независимости, то прогноз на будущее для ребенка становится неблагоприятным. В современной литературе существует описание так называемой психосоматической матери как авторитарной, доминирующей, открыто тревожной и латентно враждебной, требовательной и навязчивой. Психосоматическое заболевание включается в микросоциальный контекст внутрисемейных взаимоотношений.

Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). Психиатрия и психофармакотерапия. Том 2/№ 2/2000.<http://www.consilium-medicum.com/>

Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи)

Психосоматические расстройства - группа болезненных состояний, проявляющихся эксацербацией соматической патологии, формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомокомплексов - соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание.

В современной медицине раздел психосоматики представляют исследования (клинические, психологические, эпидемиологические, лабораторные), освещающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и

поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь ("поведения" в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т. п.) на психическое состояние.

Расстройства, относимые к психосоматическим, включают не только психосоматические заболевания в традиционном, узком понимании этого термина, но значительно более широкий круг нарушений: соматизированные расстройства, патологические психогенные реакции на соматическое заболевание. К этому ряду относятся также психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм и др.), нарушения, осложняющие некоторые методы лечения, например, депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования (В.П. Зайцев и соавт., 1990; Н.И. Скачкова, 1996; С.В. Прохорова, 1996), аффективные тревожные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ (М.В. Коркина, В.В. Марилов, 1995). В ряде исследований (А.Б. Смулевич, 2000; В. Тук и соавт., 1997) в рамках психосоматических расстройств рассматриваются состояния, связанные с генеративным циклом женщин (синдром "предменструального напряжения" и "предменструальное дисфорическое расстройство"; депрессии беременных и

послеродовые депрессии, включающие синдром "грусти рожениц"; инволюционная истерия и др.). К психосоматическим расстройствам причисляют также соматогенные (симптоматические) психозы - делирий, аменцию, галлюциноз и др. Экзогенные психические расстройства, представляющие собой самостоятельный раздел клинической психиатрии, здесь не обсуждаются.

МКБ-10 психосоматические расстройства² могут классифицироваться в следующих разделах: "Органические, включая симптоматические, психические расстройства" (рубрики F04-F07, соответствующие реакциям экзогенного типа К. Bonhoffer), "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства" (рубрики F44.4-F44.7, соответствующие психогениям, и F45 - соматоформные расстройства), а также "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами" (рубрики F50-F53).

О распространенности психосоматических расстройств с точностью судить трудно (показатели болезненности обычно занижены), поскольку эти больные нередко выпадают из поля зрения врачей (обращаются к знахарям, целителям). Тем не менее частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 50%, а в общей медицинской практике - от 30 до 57%.

Многообразные психосоматические расстройства объединяет общий признак - сочетание нарушений психической и соматической сферы и связанные с этим

особенности медицинского обслуживания больных, которое предполагает тесное взаимодействие психиатров и врачей общего профиля, осуществляемое обычно либо в медицинских учреждениях общего типа, либо в специализированных психосоматических клиниках.

Несмотря на полиморфизм проявлений, могут быть выделены две группы психосоматических расстройств, отражающих разные уровни коморбидности соматической и психической патологии: психосоматические состояния (перекрытие на уровне соматизированных, соответствующих соматическим симптомам расстройств); психореактивные состояния (взаимодействие с выявлением психопатологических расстройств).

1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

1.1. Соматическая патология, амплифицированная (усиленная) конверсионными, тревожно-фобическими и другими психическими расстройствами.

1.2. Соматическая патология, дублированная атрибутивными (ситуационно возникающими) соматоформными расстройствами.

1.3. Психическая патология, редуцированная до уровня соматоформных расстройств (органные неврозы).

2. ПСИХОРЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

2.1. Психогенные реакции (нозогении).

2.2. Экзогенные реакции (соматогении).

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

В соответствии со структурой психосоматических соотношений в рамках психосоматических расстройств

выделяется континуум патологических состояний (М.Ю. Дробижев, Э.Н. Ищенко, К.А. Батурин, 2000). На одном из полюсов этого континуума находится соматическая патология, амплифицированная (усиленная) расстройствами соматопсихической сферы: приступы нестабильной стенокардии, острый инфаркт миокарда, гипертонический криз, тяжелый приступ бронхиальной астмы, астматический статус, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающие с витальным страхом, тревогой, конверсионными проявлениями. Центральное положение занимают коморбидные (на уровне общих симптомов) соматические и психические расстройства. Общие симптомы - проявления соматической патологии, воспроизводимые (дублируемые) по механизму атрибутивных атак (например, условно-рефлекторное воспроизведение пароксизма кардиалгий, сжатия в грудной клетке, диспноэ, ощущения преграды в дыхательных путях, боли в межреберных мышцах вне объективного приступа стенокардии или бронхиальной астмы, но в ситуации, в которой возник первый приступ). На другом полюсе континуума психосоматических состояний - психическая патология, редуцированная до соматоформных расстройств.

Психосоматические соотношения, отнесенные к первому и второму вариантам (соматическая патология, амплифицированная конверсионными и другими психическими расстройствами; соматическая патология, дублированная атрибутивными соматоформными

расстройствами), чаще всего наблюдаются при патологии внутренних органов, определяемой как психосоматические заболевания в традиционном "узком" понимании этого термина - ишемическая болезнь сердца, эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, некоторые эндокринные заболевания (гипертиреоз, диабет), нейродермит и ряд других (в том числе аллергических) заболеваний. В ряду обстоятельств, способствующих манифестации психосоматических расстройств, в качестве наиболее значимых рассматриваются психотравмирующие события. Влияние стрессов на деятельность внутренних органов, в том числе на иммунные и обменные процессы, подтверждено данными многочисленных клинических и экспериментальных исследований⁴. Однако травмирующие события являются лишь одной из составляющих патогенеза психосоматических расстройств. Значимая роль в формировании психосоматических заболеваний принадлежит личностным свойствам. Выделяется ряд личностных профилей, предрасполагающих к возникновению конкретного психосоматического заболевания. Личностям типа А, относящимся к группе риска по коронарной болезни ("коронарная личность"), свойственны нетерпеливость, беспокойство, агрессивность, стремление к успеху, ускоренному темпу жизни и работы, сдержанность при внешних проявлениях эмоций. Преобладание компульсивных свойств (педантизм, мелочность, стремление к порядку, эмоциональная

холодность, застенчивость и одновременно амбициозность) рассматривается в аспекте склонности к язвенной болезни ("язвенная личность"). Выделяется также "артритическая личность" и т. д.

Выдвигается и точка зрения, в соответствии с которой предрасположение к психосоматической патологии носит более универсальный характер. Склонность к психосоматическим расстройствам определяется целостными патохарактерологическими свойствами: хронической тревожностью, склонностью к фрустрации, истерическими и нарциссическими чертами. Часто такая подверженность формируется у лиц с чертами алекситимии (дефицит вербального выражения эмоциональной жизни с бедностью воображения и затруднениями в осознании собственных чувств, препятствующими отреагированию негативных эмоций вне тенденции к соматизации).

Психическая патология, редуцированная до уровня соматизированных расстройств (органные неврозы). Со времени выделения W. Cullen в 1776 г. неврозов эти расстройства описывались в рамках психических нарушений, протекающих с преобладанием вегетативных проявлений. Позднее была выделена группа неврозов, обозначаемых терминами: "вегетативные", "висцеровегетативные", "системные" или "нейроциркуляторная", "вегетососудистая дистония", "соматоформные расстройства". Психопатологические проявления соматоформных расстройств чаще всего образуют симптомокомплексы, обозначаемые как

конверсионное, соматизированное, хроническое соматоформное болевое расстройство.

Для конверсионного расстройства характерны разнообразные патологические телесные сенсации, имитирующие топографически ограниченные нарушения чувствительности (кожные анестезии и/или гиперестезии, частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния), нередко сопряженные с нарушениями моторики или координации (парезы, параличи, явления астазии-абазии), психалгиями и телесными фантазиями. Конверсионное расстройство характеризуют демонстративная выразительность и наглядность проявлений с оттенком утрированности, нарочитости.

Соматизированное расстройство отличается полиморфизмом патологических телесных ощущений. Последние представлены алгиями, варьирующими по интенсивности от субъективно незначимых, не приводящих к обращению за медицинской помощью, до выраженных, острых алгопатических феноменов. Наряду с этим при соматизированном расстройстве наблюдаются вегетативные проявления, имитирующие ургентные соматические заболевания (симпатоадреналовые, вагоинсулярные, смешанные кризы), и функциональные нарушения со стороны внутренних органов и систем (тахикардия, дискинезии желчных путей и др.).

Хроническое соматоформное болевое расстройство определяют стойкие мономорфные патологические телесные сенсации - идиопатические алгии (А.Б. Смулевич

и соавт., 1992), которые уже изначально неизменны по локализации, интенсивности и не сопровождаются психовегетативной симптоматикой. Типичен мучительный ("изнуряющий", "непереносимый") оттенок болей, отражающий особую, не свойственную конверсионным и другим психалгическим феноменам чувственную насыщенность ощущений; характерна также четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям.

Если конверсионное и соматизированное расстройства возникают в связи с психогенными воздействиями, то формирование хронического соматоформного болевого расстройства носит спонтанный характер, а его длительность (от 6 мес до нескольких лет) существенно превышает продолжительность конверсионных и соматизированных реакций.

В пределах соматизированных расстройств выделяются относительно изолированные функциональные нарушения отдельных органов ("функциональные синдромы" по Т. Uexkull) - органические неврозы. Различают кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром "раздраженного" желудка, "раздраженной" или "возбудимой" толстой кишки, "раздраженного" мочевого пузыря и пр. Психопатологические проявления таких неврозов чаще всего исчерпываются сочетанием конверсионных и соматизированных симптомокомплексов с тревожно-фобическими расстройствами и, в частности, с

фобиями ипохондрического содержания (А.Б. Смулевич и соавт., 1992; J. Wickramasekera, 1995). При этом коморбидные связи во многом определяются "выбором органа". Так, при кардионеврозе наряду с кардиалгиями, нарушениями сердечного ритма и явлениями гипервентиляции выступают кардиофобии (страх остановки сердца, инфаркта миокарда), а также более генерализованные тревожные расстройства, сопровождающиеся паническими атаками и страхом смерти. Функциональные нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (эзофагоспазм, "синдром раздраженного желудка", функциональный копростаз) сочетаются с канцерофобией, страхом кровотечения; абдоминальным алгиям сопутствуют связанные с опасениями возобновления болей фобии приема пищи; диффузный метеоризм с усиленной перистальтикой или гипергидроз нередко сочетаются с социофобиями (страх недержания газов, испускания неприятного для окружающих запаха). Невроз мочевого пузыря протекает со страхом недержания мочи и явлениями агорафобии (опасения удалиться от дома и оказаться в ситуации, в которой невозможно воспользоваться туалетом).

ПСИХОРЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Психогенные реакции (нозогении). Обозначаемые этим термином (А.Б. Смулевич, А.О. Фильц, И.Г. Гусейнов и соавт., 1992; А.Б. Смулевич, 1994) психогенные расстройства обусловлены влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием.

Структура нозогений детерминируется психологическими, социальными, конституциональными (характерологический склад) и биологическими (объективные параметры соматического заболевания) факторами.

Среди психологических и социальных влияний первостепенную роль играет отношение пациента к собственному заболеванию, которое в соответствии с концепцией внутренней картины болезни (А.Р. Лурия, 1977) может быть сведено к двум полярным позициям: гипернозогнозия (высокая субъективная значимость переживания телесного неблагополучия) и гипонозогнозия (низкая значимость соответствующих переживаний). Определенную роль в формировании нозогений играют и такие факторы, как формулировка диагноза (опасность для жизни, с которой он ассоциируется)⁶, возможность влиять на проявления болезни ("контролируемость" симптомов), ограничения, налагаемые соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность. Среди клинических проявлений, влияющих на образование нозогенных реакций, необходимо выделить особенности динамики соматического заболевания с острыми нарушениями жизненно важных функций (ишемия миокарда, явления бронхоспазма и др.), которые сопровождаются витальным страхом и паническими атаками. Немаловажную роль в формировании картины болезни играют и частые обострения основного заболевания, особенно в тех случаях, когда эти обострения связываются в сознании больных с неблагоприятными

внешними (и в том числе эмоциональными) воздействиями. При совокупном воздействии ряда неблагоприятных факторов реакция на болезнь может приобретать столь выраженный характер, что ее купирование на первых этапах терапии представляется не менее важной задачей, чем непосредственное лечение соматического страдания. Типология нозогений предполагает выделение синдромов, клинические проявления которых связаны с преобладанием гипер- либо гипонозогнозии.

Невротические синдромы (тревожно-фобические и "невротического отрицания")

Гипернозогностический вариант проявляется страхом и тревожными опасениями, связанными с телесным недугом, гипертрофированной оценкой его последствий, угрожающих здоровью, невозможностью полной социальной реабилитации. В клинической картине могут доминировать истерические проявления (демонстративность поведения, яркость и образность жалоб, конверсионные симптомокомплексы). При затяжных реакциях формируются явления ригидной ипохондрии (тщательная регистрация малейших признаков телесного неблагополучия, "щадящий" режим - диета, главенство отдыха над работой, жесткая регламентация физических нагрузок, приема медикаментов и пр.).

Гипонозогностический вариант. В психологических и психодинамических исследованиях такие реакции рассматриваются как проявления "невротического отрицания". В клинической картине на первом плане

синдром "прекрасного равнодушия" с диссоциацией между проявлениями соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость) и демонстративно-пренебрежительным отношением к болезни. Однако за фасадом наигранного оптимизма выступает страх нарушения жизненно важных функций организма.

Аффективные реакции (реактивные депрессии, гипомании)

Гипернозогностический вариант - синдром ипохондрической депрессии определяется гипотимией с тревогой и чувством безнадежности, сочетающихся с астенией, снижением физической активности, алгиями и другими патологическими телесными сенсациями. Содержание реакции определяется пессимистическим восприятием болезни, тревожными опасениями и страхами, тесно связанными с актуальным соматическим состоянием. Представления об опасности болезни, ее неизлечимости, неблагоприятном исходе, негативных социальных последствиях обычно преувеличены.

Гипонозогностический вариант - синдром "эйфорической псевдодеменции" (А.Б. Смулевич, А.О. Фильц, М.О. Лебедева, 1992) характеризуется повышенным аффектом с преобладанием благодушия, неадекватно-оптимистической оценкой как настоящего состояния, так и последствий болезни.⁷ Пациенты мало озабочены объективно тяжелыми, подчас угрожающими жизни нарушениями деятельности организма, строят радужные планы на будущее,

игнорируют лечебный режим, "забывают" о необходимости приема лекарств.

Патохарактерологические реакции (параноические, шизоидные, истерические) с выявлением сверхценных идей (ипохондрия здоровья, синдром "патологического отрицания болезни").

Гипернозогностический вариант - "синдром ипохондрии здоровья" (W. Jahrreis). Осознание связанных с соматической болезнью патологических изменений деятельности организма сопровождается стремлением к преодолению недуга. Доминируют идеи "полного восстановления любой ценой". Больные ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли "переломить" ход событий, положительно повлиять на течение и исход соматического страдания, вопреки медицинским рекомендациям "модернизировать" лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями - "преодолевающий стиль поведения" (A. Barsky, G. Klerman, 1983).

Гипонозогностический вариант - синдром патологического отрицания болезни. Формируется обычно у больных с аномальными чертами, определяемыми психологическим термином "упругость" ("resilience"). Речь идет о лицах параноического или шизоидного склада, лишенных ощущения страха, фаталистах, привносящих в реакцию на болезнь не тревожные опасения или идеи ущербности, но элементы риска, игры с опасностью. При возникновении угрожающей жизни патологии (злокачественные

новообразования, острый инфаркт миокарда, туберкулез с выраженной интоксикацией и пр.) для них предпочтительно отрицание тяжести болезни, ее угрожающего смысла. Зная, что при недуге, которым он страдает, возможен смертельный исход, пациент убежден, что благодаря чуду, волшебному воздействию неизвестного ранее средства он непременно исцелится. Основной темой становится здоровье ("полет в здоровье" по А. Bessier). Будучи месяцами прикованными к постели, пациенты говорят, что готовы заняться спортом, начать "новую жизнь".

ЛЕЧЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ

Помощь при психосоматических расстройствах включает широкий круг профилактических и лечебных мероприятий, требующих комплексного подхода. Лечение (особенно в выраженных случаях) проводится не только интернистом, но нередко требует участия психиатра и психотерапевта. Важным методом лечебного воздействия является психотерапия, включающая элементы психокоррекции. Проводимая параллельно с лекарственным лечением симптоматическая психотерапия помогает снизить тревожность, отвлечь внимание больного от ипохондрических опасений, придать личностный смысл лечебному процессу. При соучастии в генезе наблюдаемых расстройств неразрешенных интрапсихических конфликтов психотерапия используется как патогенетический метод лечения.

Основное место в арсенале лечебных воздействий при

психосоматических расстройствах принадлежит медикаментозной терапии. Фармакотерапия психосоматических расстройств, учитывая их многообразие и наличие в ряде случаев коморбидной патологии внутренних органов, строго индивидуальна и не может проводиться по шаблону.

При определении метода терапии учитывается клиническая характеристика психосоматических расстройств. Психотропные средства показаны в первую очередь при преобладании в клинической картине тревожно-фобических расстройств, ипохондрических фобий. Выбор психотропных средств во многом определяется выраженностью психопатологических проявлений. В случаях психопатологической незавершенности клинических расстройств (субсиндромальные состояния), их нестойкости и эпизодической манифестации, как правило, достаточным оказывается назначение препаратов класса транквилизаторов. Наряду с этим могут использоваться медикаменты, традиционно рассматриваемые как соматотропные, но обладающие и нерезко выраженным психотропным эффектом (препараты группы β -блокаторов, обнаруживающие анксиолитический эффект, нифедипин и верапамил, обладающие нормотимическими свойствами). При психопатологически завершенных формах выбор психотропных средств определяется структурой синдрома. Необходимо использовать медикаменты, в наибольшей мере соответствующие требованиям, предъявляемым к

лекарственным средствам, применяющимся в общемедицинской сети. К ним относятся: минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, которые могли бы нарушить функции внутренних органов и/или привести к усугублению соматической патологии, ограниченность признаков поведенческой токсичности; а в условиях акушерской практики - минимальный тератогенный эффект, не препятствующий проведению психофармакотерапии в период беременности; низкая вероятность нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами; безопасность при передозировке; простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации).

Важным с точки зрения использования в общемедицинской практике качеством этих средств является также минимум терапевтически значимых нежелательных взаимодействий с соматотропными медикаментами. Соответственно они безопасны для пациентов с сердечно-сосудистой патологией (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, кардиомиопатии, миокардиты, приобретенные пороки сердца и др.), с легочными заболеваниями (острый и хронический бронхиты, пневмонии), с заболеваниями крови (анемии различного генеза), их можно применять при мочекаменной болезни, гломерулонефритах, в том числе осложненных почечной недостаточностью, сахарном диабете, заболеваниях щитовидной железы, глаукоме, аденоме предстательной

железы, а также у физически ослабленных и лиц пожилого возраста.

Из числа **нейролептиков** к таким средствам относятся некоторые производные фенотиазина (алимемазин-терален, перфеназин-этаперазин, тиоридазин-сонапакс), тиоксантена (хлорпротиксен), а также бензамиды (сульпирид-эглонил) и некоторые другие атипичные нейролептики (рисперидон-рисполепт) при условии использования в малых дозах. Некоторые из перечисленных нейролептиков находят применение в системе терапии соматической патологии. Сульпирид (эглонил) используется при патологии желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, болезнь Крона и "оперированного желудка") [А.А. Шатенштейн, 1994], лечение ИБС [Говорин Н.В., 1997], кожных заболеваний [Черкасова Н.В., Сергеев Ю.В., 1995]; перфеназин (этаперазин) обладает антиэметическими свойствами; алимемазин (терален) оказывает выраженное гипотензивное действие (В.А. Райский, 1988).

Нейролептики показаны в первую очередь при лечении нозогенных параноических реакций (бред "приписанной болезни", сутяжные и сенситивные реакции), а также при нозогениях с явлениями "эйфорической псевдодеменции". Чаще всего применяются рисперидон (рисполепт), трифлуоперазин (стелазин, трифтазин), а также оланзапин (зипрекса).

Нейролептики показаны также при лечении

хронического соматоформного болевого расстройства (стойкие мономорфные патологические телесные сенсации - идиопатические алгии). При терапии органичных невротозов (синдром "раздраженной толстой кишки") одним из препаратов выбора является сульпирид (эглонил), действующий не только на психическое, но и на соматическое состояние.

Антидепрессанты последних генераций, сочетающие мягкий тимоаналептический эффект с хорошей переносимостью, принадлежат к препаратам, рекомендуемым к применению при психосоматической патологии. К их числу относятся селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): флуоксетин-прозак, сертралин-золофт, пароксетин-паксил, флувоксамин-феварин, циталопрам-ципрамил; селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС): тианептин-коаксил; некоторые представители селективных ингибиторов обратного захвата норадреналина (СИОЗН): миансерин-леривон; обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А (ОИМАО-А): перлиндол-пиразидол, моклобемид-аурорикс.

При лечении депрессий у больных с тяжелой соматической патологией (цирроз печени, печеночная недостаточность), а также при явлениях непереносимости антидепрессантов последних генераций могут использоваться препараты, не только не нарушающие функции внутренних органов, но и оказывающие синергичное психо- и соматотропное действие. Среди таких средств - адеметионин (гептрал), в клинической активности которого сочетается

тимолептическое и гепатотропное действие (показан при явлениях холестаза, циррозах печени, хроническом активном гепатите, муковисцидозе).

Большинство представителей класса **транквилизаторов** относится к психотропным средствам, которые в связи с большим разрывом между терапевтическими и летальными дозами, отсутствием неблагоприятных влияний на деятельность основных функциональных систем организма и интеракции с соматотропными препаратами могут с успехом применяться при терапии психосоматических расстройств. Нежелательные эффекты транквилизаторов (чаще это явления поведенческой токсичности - сонливость в дневные часы, нарушения внимания и др.) легко устранимы (перераспределение или снижение суточной дозы препарата). Препараты этого класса обнаруживают положительные соматотропные эффекты. Некоторые из производных бензодиазепа уменьшают риск возникновения тяжелых желудочковых аритмий и фибрилляции желудочков как при острой ишемии, так и при реперфузии миокарда (В.И. Маколкин, С.А. Аббакумов, 1985; Н.А. Новикова, А.Л. Сыркин, 1994). Многие транквилизаторы, включая гидроксизин (атаракс), обладают выраженным антиэметическим эффектом, распространяющимся даже на тяжелые, вызванные радиационной терапией или химиотерапией диспепсические явления (P. Triozzi, D. Goldstein, J. Laszio, 1988). Производные бензодиазепа уменьшают желудочную секрецию, а также снижают содержание в

желудочном соке пепсина и соляной кислоты как за счет прямого антихолинергического, так и центрального седативного и вегетостабилизирующего эффекта (М.Ю. Дробижев и соавт., 1998; Т.А. Ван, 1980). Средства этого класса (производные бензодиазепина) входят в число немногочисленных медикаментов, которые могут применяться при беременности и грудном вскармливании.

Транквилизаторы (анксиолитики) показаны при широком спектре психосоматических расстройств. Среди них - органические неврозы, нозогенные реакции, протекающие с преобладанием невротических (тревожно-фобических и соматизированных) расстройств, явлениями истероипохондрии (конверсии) и нарушениями сна. Назначение транквилизаторов показано в сочетании с соматотропными средствами при лечении психосоматических состояний (психогенно спровоцированные приступы стенокардии, бронхиальной астмы), при ургентных состояниях, часто сопровождающихся витальным страхом, тревогой, паническими атаками (инфаркт миокарда, астматический статус, гипертонический криз и др.).

Как и транквилизаторы, препараты класса **ноотропов** относятся к предпочтительным при лечении психосоматических расстройств средствам. Ноотропы не оказывают негативного влияния на функции внутренних органов, не обнаруживают признаков поведенческой токсичности, не вступают во взаимодействие с соматотропными препаратами, безопасны при

передозировке; их применение может сопровождаться лишь незначительным снижением порога судорожной готовности и транзиторными нарушениями сна. Ноотропы обнаруживают ряд положительных нейротропных и соматотропных эффектов. Используются в реанимационной практике, при острой церебральной патологии (инсульты, коматозные состояния), лечении мигрени и других алгических синдромов, эффективны при купировании ряда побочных эффектов психофармакотерапии и осложнений, возникающих в процессе проведения электросудорожной терапии.

Ноотропы показаны при нозогенных реакциях, протекающих с преобладанием астенических расстройств. Наиболее широко используются ноотропил (пирацетам), пикамилон, церебролизин, энцефабол, тиролиберин и др. Самочувствие больных с психосоматической патологией значительно улучшается при купировании расстройств сна. Возможна как симптоматическая бессонница, спровоцированная проявлениями соматического заболевания (не дающие уснуть приступы стенокардии или бронхиальной астмы, дизурия, метеоризм, боли), так и инсомния, сопряженная с нарастающей к вечеру тревогой (страх повторного ночного приступа, смерти во сне). Целесообразно по возможности устранить болезненные проявления, препятствующие засыпанию и провоцирующие частые пробуждения, отменить вечерний прием соматотропных средств, применение которых может повлечь бессонницу (эфедринсодержащие

бронходилататоры, диуретики, стимуляторы), а также β -адреноблокаторов, провоцирующих в некоторых случаях сновидения и ночные кошмары. Медикаментозное лечение бессонницы чаще всего проводится производными бензодиазепина (нитразепам, феназепам, флунитразепам, бромазепам, алпразолам и др.). В последнее десятилетие появились гипнотики других химических групп: производное циклопирронов зопиклон (имован), новый препарат из группы имидазопиридонов - золпидем (ивадал), практически не вызывающий привыкания и утреннего последствия.

Медицинская помощь при психосоматических расстройствах осуществляется в рамках так называемой взаимодействующей психиатрии - модель интегрированной медицины по В.Н. Козыреву (2000). Предполагается тесное сотрудничество психиатра-консультанта и врача общей практики. Консультант-психиатр участвует в диагностике психических нарушений, решает сложные дифференциально-диагностические проблемы и определяет совместно с лечащим врачом тактику лечения, а в дальнейшем при необходимости повторных консультаций осуществляет контроль за терапией. В отдельных случаях может возникнуть необходимость в динамическом наблюдении, когда психиатр осуществляет совместное с врачом общей практики лечение больного, используя психофармако- или психотерапию. Психиатр, работающий в больницах общего типа, не должен подменять врача другого профиля и становиться лечащим врачом. Такая

замещающая модель неэкономична и непрактична, так как потребовала бы нерационального увеличения числа участвующих в процессе терапии психиатров. Чаще всего лечение пациентов с психосоматическими расстройствами проводится в условиях соматического стационара. При тяжелых психических нарушениях наблюдение и терапию целесообразно осуществлять в психосоматических отделениях, входящих в состав многопрофильных больниц, либо (если позволяет соматическое состояние) в психиатрической клинике.

Пациентам с психосоматическими расстройствами, не нуждающимся в стационарном лечении, специализированную помощь оказывают в территориальной поликлинике. Психиатр, работающий в поликлинике, выступает как в роли консультанта (постоянное наблюдение и терапию осуществляют врачи широкого профиля), так и в качестве лечащего врача, оказывающего весь объем необходимой помощи, включающей биологическую и психотерапию. В этом случае лечение проводится в условиях психиатрического кабинета (кабинет неврозов) территориальной поликлиники.

Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями. Психиатрия и психофармакотерапия. – Том 2/№ 2/2000. <http://www.consilium-medicum.com/>.

Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями

Среди психических расстройств у больных соматическими заболеваниями депрессии уступают по частоте лишь нарушениям, наблюдаемым в клинике сомнологии. Если согласно эпидемиологическим данным, среди лиц от 14 лет и старше частота инсомнии достигает 21-45% (А.М. Вейн, 1995), то депрессии регистрируются в населении в 4,8-7,4%, в общей поликлинической сети - в 10% (Т. Ustun, N. Sartorius, 1995), а среди больных с верифицированными соматическими заболеваниями этот показатель возрастает до 22-33% и превышает частоту такой широко распространенной патологии, как артериальная гипертензия (W. Katon, M. Sullivan, 1990).

Депрессия оценивается как заболевание, которое тяжелым бременем ложится на пациента, его семью, общество в целом и в большей степени, чем хронические соматические заболевания, препятствует полноценной жизнедеятельности. В отличие от других психических заболеваний депрессии придается "исключительное социальное значение" (Н.К. Rose, 1999). При сочетании депрессии с соматической болезнью положение усугубляется тем, что такое сочетание относится к числу неблагоприятных факторов, усложняющих процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента, с одной стороны, а с другой - негативно влияющих на течение и прогноз как психического, так и

соматического заболевания.

Депрессия может провоцировать соматическое заболевание (например, ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию), являться фактором, ухудшающим прогноз таких болезней, как паркинсонизм, диабет, злокачественные новообразования, СПИД и др. (D.L. Evans и соавт., 1997). Клинически очерченная депрессия у соматически больных, по данным А.Б. Смулевича и соавт. (1999, 2000), полученным при обследовании контингента многопрофильной больницы, достоверно чаще приводит к инвалидизации, чем отдельно взятое соматическое заболевание. Депрессия повышает и риск летального исхода соматического заболевания (B.W. Rovner, P.S. German и соавт., 1991). Так, вероятность смерти в течение 6 мес после инфаркта миокарда при присоединении депрессии увеличивается в 3-4 раза (N. Frasure-Smith, F. Lasperance и соавт., 1993). Наряду с повышением летальности от телесного недуга причиной смерти больных, у которых соматическое заболевание сопровождается депрессией, часто становится самоубийство, причем суицидальный риск выше, чем в случаях "неосложненной" депрессии. Последствием незавершенных суицидов оказываются в подобных случаях обострение существующей и/или присоединение дополнительной соматической патологии (переломы, повреждения мозга; анемии вследствие искусственно вызванного кровотечения или преднамеренного отказа от

еды; интоксикации, связанные с отравлением, аспирационная или гипостатическая пневмония и т.д.).

В свою очередь соматическое заболевание может усложнять диагностику депрессии, усиливать ее тяжесть, способствовать хронификации (S.R. Kisely, D.P. Goldberg, 1993), видоизменять ответ организма на проводимую терапию (А.Б. Смулевич и соавт., 1997).

Знание психосоматических соотношений при депрессиях необходимо каждому врачу, поскольку взаимодействие психических и соматических процессов проявляется в клинике аффективной патологии наиболее отчетливо. Даже возникающие вне связи с соматическим заболеванием депрессивные состояния по своей симптоматике представляют собой наиболее соматизированные психические расстройства. В восприятии больного соматические явления могут с такой очевидностью выступать на первый план, что нарушения в психической сфере как бы полностью переключаются на соматический уровень. Соматические жалобы и дисфункции внутренних органов и систем могут приобретать в клинической картине депрессии настолько важное значение, что сложилась тенденция считать все психосоматические жалобы больных (или их большинство) проявлением депрессии (В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад, 1999).

Очевидно, что современная официальная классификация МКБ-10, предназначенная для обобщенного стандартизованного описания синдромальных клинических категорий, необходимого для достижения

воспроизводимости диагностических оценок и решения статистических задач, не позволяет дифференцировать психосоматические проявления в структуре депрессий. Такую возможность представляет бинарная (двухуровневая) типологическая модель (А.Б. Смулевич и соавт., 1997; А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, 1999), в соответствии с которой психопатологически полиморфные проявления депрессии подразделяются на позитивную и негативную аффективность.

Позитивная (патологически продуктивная) аффективность представлена в структуре депрессии феноменами круга депрессивной гиперестезии (W. Griesenger, 1866). Доминирующий тоскливый аффект осознается как тягостное психическое расстройство, носит особый, протопатический характер, сопровождается идеаторным и моторным торможением со становлением содержательного комплекса депрессии - идеями малоценности, самоуничтожения и/или ипохондрическими интерпретациями с тревожными опасениями за свое здоровье, не связанными с актуальным соматическим заболеванием, либо адресованные мнимой болезни.

Негативная аффективность (D. Watson, A. Clark, 1984) проявляется явлениями девитализации, психического отчуждения с дефицитом побуждений, утратой жизненного тонуса, вялостью, неспособностью испытывать удовольствие (ангедония), безразличием ко всему окружающему, сознанием измененности собственной жизнедеятельности, глубинного неблагополучия.

Соответственно депрессии ранжируются в континуум, в котором *витальная (тоскливая) депрессия* (K. Schneider, 1959), при которой предельно выражены признаки позитивной аффективности, противопоставляется *апатической* (О.П. Вертоградова, 1980) с доминированием явлений негативной аффективности. Центральное положение занимает *анестетическая (деперсонализационная) депрессия* (A. Schafer, 1880), включающая полярные проявления позитивной и негативной аффективности и протекающая с картиной болезненного бесчувствия - *anaesthesia psychica dolorosa* (мучительное сознание утраты эмоций, невозможности воспринимать природу, испытывать любовь, ненависть, сострадание, гнев, отсутствие душевного отклика на происходящее вокруг) и/или апперцептивной анестезии (Н.А. Ильина, 1999) - тягостное сознание утраты способности к логическому мышлению, установлению элементарного смысла вещей, угасания фантазии, потери интуиции.

С учетом "разрешающей способности" этой модели соотношения депрессии с соматической патологией обсуждаются далее в двух аспектах: в плане хронологической и патогенетической коморбидности.

При хронологической коморбидности речь идет о совпадении во времени аффективных расстройств, развивающихся вне непосредственной связи с патологией внутренних органов, соматической болезнью. В пределах этого соотношения формируются *независимые от*

соматического заболевания депрессии (циклотимические - витальная, апатическая, анестетическая; дистимические - характерологическая, соматизированная дистимия; реактивные - тревожная, ипохондрическая, истерическая).

При патогенетической коморбидности в механизмах развития депрессии соматическому заболеванию принадлежит роль стрессогенного события, реализующего либо особую форму психогенных реакций - *нозогенные депрессии* (А.Б. Смулевич и соавт., 1992)², либо собственно соматогении, отражающие ответ ЦНС на патологические процессы в организме - *органические (связанные со структурными изменениями мозга) и симптоматические (связанные с интоксикациями, нарушениями обмена) депрессии*. При распознавании аффективной патологии, развивающейся независимо от соматического заболевания (*циклотимические, дистимические, реактивные депрессии*), наибольшие трудности связаны с тем, что клиническая картина включает ряд соматовегетативных симптомокомплексов, характерных как для аффективной патологии, так и для соматического страдания (общие симптомы).

В числе таких симптомов при преобладании в картине депрессии явлений *позитивной аффективности* могут быть выделены общий спад с постоянной усталостью, отсутствие чувства отдыха после сна, бессонница и недостаточная длительность сна, отсутствие аппетита и запоры, чувство "свинцовой" головы, тяжести ("стокилограммовый камень") в груди или животе, ощущения сдавливания шеи,

беспокойства в груди, животе, реже в голове, расстройства менструального цикла, либидо, потенции, патологический циркадианный ритм. По данным В. Бройтигама, П. Кристиана и М. Рада (1999), наиболее частые соматические проявления таких депрессий могут быть расположены в порядке убывания частоты следующим образом:

- * головная боль, ощущение давления в голове;
- * ощущение давления и боль в эпигастрии;
- * боль и напряжение в конечностях;
- * ощущение давления в сердце, сердечный страх;
- * затруднения при дыхании;
- * ощущение давления в горле и позывы к рвоте.

Отличающиеся драматичностью, имеющие оттенок нарочитости и карикатурности проявления *истерических депрессий* сопровождаются массивной конверсионной симптоматикой ("globus hystericus", функциональные гиперкинезы, тремор, анестезия, парезы, астазия-абазия, сужение поля зрительного восприятия, психогенная афония и др.); в *картине тревожных депрессий* на первый план нередко выступают явления соматической тревоги (потливость, тахикардия, тахипноэ, головокружение, гастроинтестинальные симптомы, сухость во рту и др.); при *ипохондрических депрессиях* аффективный соматовегетативный симптомокомплекс включает соматоформные расстройства (множественные патологические телесные сенсации, сопряженные со страхом тяжелого телесного недуга или с убежденностью в его наличии).

"Близкие к телесным" общие симптомы депрессии и соматического заболевания (Р.Тёлле, 1999) при преобладании феноменов негативной аффективности наряду с выделяемыми Н. Lenz (1979) субъективными проявлениями "синдрома потери" (бессилие, безрадостность, бесчувствие, а при утяжелении расстройства "окаменелость" и "пустота") выражаются чувством немоги с особой мышечной вялостью (нарушение общего чувства тела), анестезией соматических функций (отсутствие чувства сна, голода, насыщения, жажды и т.д.) или признаками отчуждения соматочувственных влечений (утрата потребности в сне, депрессивная анорексия с чувством отвращения к пище и пр.).

Особое место среди депрессий, развивающихся независимо от соматического заболевания (и прежде всего у пациентов общемедицинской сети, где преобладают стертые, атипичные формы), *принадлежит соматизированным депрессиям*, при которых основные проявления аффективного расстройства (собственно гипотимия, психомоторные нарушения, идеи виновности и др.) мало выражены ("субсиндромальные депрессии" (L. Judd и соавт., 1994). При преобладании в картине таких состояний расстройств автономной нервной системы говорят о "вегетативных депрессиях" (G. Lemke, 1974), депрессии с доминированием болевых ощущений обозначаются термином "алгические" (N. Petrilowitch, 1960) и т.д.

Астеническая депрессия (L. Gayral, 1972); "депрессия истощения" (P. Kielholz, 1973). Для гиперестетической

(инициальной) стадии расстройства характерны феномены позитивной аффективности: утомляемость, плаксивость, повышенная чувствительность к сенсорным стимулам (громкие звуки, яркий свет и т.д.), несоразмерность ощущений, сопровождающих физиологические процессы. В картине развернутой депрессии могут формироваться признаки негативной аффективности (гиперестетическая астения с отчуждением собственной активности и общего чувства тела).

Сходный стереотип развития присущ и *соматизированной (катестетической) дистимии* (Е.В. Колюцкая, 1993), характеризующейся на этапах становления и полной психопатологической завершенности синдрома преобладанием феноменов позитивной аффективности с неотделимыми от собственно гипотимии, имеющей физикальный оттенок (жжение в области груди или гортани, "ледяной холод" под ложечкой и др.), соматоформными расстройствами (слабость, сердцебиение, одышка и др.). По мере хронификации состояния на первый план могут выступать явления гипестетической астении и склонность к ипохондрическому самонаблюдению.

При депрессиях, протекающих под соматическими "масками" ("скрытые", "ларвированные", "алекситимические депрессии", "тимопатические (депрессивные) эквиваленты" (J.J. Lopez-Ibor, 1973), пациенты не только не осознают депрессивного расстройства, но убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого заболевания,

настаивают на многочисленных обследованиях. В этих случаях "центр тяжести" заболевания смещается в направлении психосоматических нарушений, а больные, по выражению Н.К. Rose (1999), "становятся жертвами соматомедицинской гипердиагностики, избыточных терапевтических мероприятий и полипрагмазии как следствия терапевтической беспомощности".

Диагностика соматизированных депрессий опирается на следующие критерии:

- разрыв между полиморфизмом соматовегетативных проявлений, потребностью в медицинской помощи, с одной стороны, и отсутствием объективно выявляемых признаков соматического заболевания - с другой;
- подчиненность соматизированных и других проявлений позитивной аффективности суточному ритму (улучшение вечером, реже утром);
- присоединение в дебюте или по мере динамики расстройства признаков негативной аффективности;
- периодичность (сезонность) манифестации болезненной симптоматики, ремиттирующее течение;
- настойчивое обращение за медицинской помощью, несмотря на очевидное отсутствие результатов лечения;
- улучшение на фоне приема антидепрессантов.

Соматогенные (органические и симптоматические) депрессии осложняют тяжелые неврологические и соматические заболевания

Одна из общих особенностей таких состояний (в отличие от уже рассмотренных) заключается в том, что в целом

психосоматические соотношения подчиняются в этих случаях закономерностям динамики экзогенного типа реакций (K. Bonhoeffer, 1912) - ответ на внешнюю вредность включает последовательную смену этапов в соответствии с тяжестью и характером соматического заболевания: астения, аффективные расстройства, нарушения сознания (делирий и др.), деменция.

Другая общая характеристика органических и соматогенных депрессий - соответствие динамики аффективного расстройства течению соматического заболевания: при утяжелении состояния в связи с обострением телесного недуга депрессия усугубляется, при его послаблении - принимает субсиндромальную форму или редуцируется.

Органические депрессии чаще формируются в рамках следующих неврологических заболеваний: при органических процессах с преимущественным поражением экстрапирамидной системы (паркинсонизм, хорея Гентингтона, гепатоцеребральная дистрофия); демиелинизирующих заболеваний (рассеянный склероз); сосудистых заболеваний головного мозга (атеросклероз сосудов головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения, остаточные явления после острого нарушения мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия); черепно-мозговых травмах (травматическая энцефалопатия); опухолях мозга (чаще височной или лобной доли).

При некоторых органических поражениях ЦНС (паркинсонизм, хорей Гентингтона, рассеянный склероз, опухоли лобной доли мозга) депрессия на начальных этапах патологического процесса может выступать в качестве одного из ранних симптомов, "маскирующих" проявления основного заболевания. Аффективные проявления в этих случаях отличаются рудиментарностью, незавершенностью (уныние, плаксивость, периодически возникающая тревожность, нарушения сна).

В клинической картине более выраженных органических депрессий, как правило, доминируют признаки негативной аффективности - адинамия, аспонтанность, акинезия, астения, дисфория. Так, для аффективных расстройств при паркинсонизме характерно преобладание нарушений астенического полюса (В.Л. Голубев, 1998). При этом гипотимия может сопровождаться не только "псевдоневрастеническими" жалобами (Э.Я. Штернберг, 1983) (заторможенность, общая слабость, утомляемость, отсутствие сил), но и дисфорией с раздражительностью, тревогой, пессимистической оценкой будущего, суицидальными мыслями, но без идей греховности и самообвинения. Дисфорические депрессии наблюдаются также в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы (М.О. Гуревич, 1948). Другим доминирующим проявлением негативной аффективности в этих случаях является ангедония с монотонностью аффекта. Для сосудистой депрессии характерны обилие соматических и ипохондрических жалоб, однообразие и назойливость

поведения - "жалующиеся", "ноющие" депрессии (Э.Я. Штернберг, 1983). В остром постинсультном периоде возможно усложнение картины депрессии патологическим (насильственным) плачем; возможны вспышки тревожно-боязливое возбуждения и ночные делириозные эпизоды.

Преобладание позитивной аффективности в картине органических депрессий обнаруживается реже, например, опухоли левой височной доли могут сопровождаться острым чувством тоски, тревогой, суицидальными тенденциями (Т.А. Доброхотова, 1974).

Симптоматические депрессии - частое расстройство, наблюдающееся при многих тяжелых соматических заболеваниях. Их формирование может быть связано с патологией сердечно-сосудистой, легочной и пищеварительной систем, поражением почек с явлениями уремии, циррозом печени, системной красной волчанкой, онкологическими заболеваниями. В ряду эндокринных нарушений депрессии чаще бывают при гиперпаратиреозе, гипотиреозе, диабете. Аффективные нарушения возникают также при авитаминозах, железо- и витамин В12-дефицитной анемии. Симптоматические депрессии формируются по тем же закономерностям, что и органические: дебютируют при нарастании тяжести и редуцируются по мере обратного развития симптомов соматического заболевания. Клиническая картина соматогений, осложняющих соматическое заболевание, чаще приобретает форму астенической депрессии с гиперестезией, явлениями

раздражительной слабости, повышенной истощаемости, слабодушием, слезливостью. Наряду с этим могут наблюдаться ангедония и психомоторная заторможенность, слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивостью, неспособностью сосредоточиться, а также выраженные вегетососудистые проявления, жалобы на шум и звон в ушах, головные боли, головокружения.

Так, при явлениях хронической почечной недостаточности (ХПН) среди депрессивных расстройств доминируют ангедония, подавленность, деперсонализационно-анестетическая симптоматика, астения, раздражительность, слезливость (Н.Н. Петрова, 1977). В ряде случаев преобладает тревожность, например, при усугублении ХПН тяжелой сердечно-сосудистой недостаточностью возможно нарастание тревоги и явлений психомоторного возбуждения (М.А. Цивилько, 1977) со вспышками раздражительности (придирчивость, чрезмерная требовательность, капризность), иногда достигающей уровня дисфории. При утяжелении соматического состояния в клинической картине депрессии нарастают адинамия, вялость, безучастность к окружающему.

При онкологических заболеваниях (особенно при раке поджелудочной железы) депрессия может быть одним из ранних симптомов основного страдания (R.T. Joffe и соавт., 1986). В клинической картине в этих случаях преобладает тревога с предчувствием приближающейся смерти (J. Fras, E. Litin, J. Pearson, 1967; B. Klatchko, J. Gorzynski, 1982).

Чаще депрессии возникают на отдаленных стадиях развития злокачественных новообразований, их выраженность нарастает пропорционально тяжести состояния. Следует подчеркнуть, что психосоматические соотношения при депрессиях гораздо сложнее, чем это представлено в приведенной рабочей схеме. Об этом, в частности, свидетельствуют результаты изучения депрессий, связанных с генеративным циклом у женщин. В этих случаях нормальный физиологический процесс (менструальный цикл, беременность, пуэрперальный период, инволюция) чаще всего играет роль пускового фактора, выявляющего скрытую прежде подверженность к эндогенной депрессии, и приобретает патогенный смысл. Реже стертые проявления депрессии могут быть связаны с обострением соматического заболевания (эндокринные расстройства, онкологическая патология, системная красная волчанка, анемии, эндометриоз и пр.).

Не менее сложным представляется соотношение таких этиологических факторов, как органические поражения мозга, интоксикации при сосудистых (инфаркт миокарда), онкологических, инфекционных (СПИД) заболеваниях с психогенными воздействиями, связанными с высоким риском смерти.

Уже тот факт, что в современном мире 43% больных депрессиями лечатся у врачей общей практики, 46% - амбулаторно у психиатров и только 11% помещаются в психиатрические клиники, свидетельствует о значимости

проблемы оказания медицинской помощи этому контингенту в учреждениях общего типа.

Терапия депрессивных состояний в общемедицинской сети (в их числе кабинеты неврозов территориальных поликлиник) требует комплексного подхода и реального партнерства между интернистами и психиатрами. Ведущим методом лечения является психофармакотерапия, адекватное применение которой невозможно без знания не только спектра психотропной активности тимоаналептиков (антидепрессантов), но и клинических свойств медикаментов, применяемых в общей медицине.

Предпосылкой успешного лечения является интегративный терапевтический план, в рамках которого применяются психофармакотерапия, психотерапия и соматическая терапия. Удельный вес каждого из этих видов лечения соотносится с характеристикой наблюдаемого расстройства.

Для амбулаторной практики существует общее правило: лечение следует начинать с минимальных доз в связи с риском нежелательных побочных явлений. Курс антидепрессивной терапии прекращается также постепенно; его продолжительность должна быть не менее длительности нелеченной депрессии, так как психофармакотерапия не сокращает длительность депрессивной фазы, а только облегчает ее симптомы. Поэтому при преждевременном обрыве терапии может развиваться обострение с явлениями медикаментозной

резистентности. Шанс того, что депрессия "отзовется" на терапию, составляет 60-70%.

Во внебольничной сети предпочтительны современные антидепрессанты, относящиеся к препаратам первого ряда (А.Б. Смулевич, 2000). Препараты этого ряда обладают избирательной психотропной активностью (элективным клиническим эффектом), обеспечивающей им эффективное воздействие на проявления позитивной и негативной аффективности.

При депрессиях с преобладанием явлений позитивной аффективности наилучшие результаты дают пиразидол, тианептин (коаксил). Эффективность тианептина при депрессивных состояниях с выраженными соматовегетативными, астеническими, алгическими и конверсионными расстройствами превышает 70%. При этом длительная терапия приводит к снижению частоты обострений - до 6% через 6 мес и рецидивов депрессии - до 12% через 18 мес (J. Dalery, V. Dagens-Lafant, de Badinat C., 1997).

Тианептин безопасен при терапии депрессий у больных сердечно-сосудистой патологией (Дробижев М.Ю. и соавт., 1998); препарат практически не влияет на артериальное давление, число сердечных сокращений, не вызывает клинически значимой ортостатической гипотензии, не изменяет уровень сахара крови, гематологические показатели.

При доминировании в клинической картине депрессии негативной аффективности показаны серотонинергические

антидепрессанты (СИОЗС). Представители группы СИОЗС - флуоксетин (прозак, продеп, портал) и циталопрам являются препаратами выбора при апатической и анергической депрессии (Р.Я. Вовин и соавт., 1992; С.Н. Мосолов, 1995). Показания к применению циталопрама расширяются за счет аффективных расстройств позднего возраста, в том числе сосудистых, постинсультных депрессий с преобладанием астении, растерянности, насильственного плача. Флуоксетин и циталопрам назначают в суточных дозах 20-40 мг. У лиц пожилого возраста эффективными могут оказаться вдвое меньшие суточные дозы.

Положительный эффект при лечении аффективных расстройств с преобладанием апатии, заторможенности и анергии наблюдается и при применении селективных ИМАО. В частности, это селективный обратимый ингибитор изоэнзима А (ОИМАО-А) моклобемид (аурорикс), отличающийся от традиционных ИМАО меньшей токсичностью.

Некоторые тимоаналептики из группы СИОЗС (сертралин, флувоксамин, пароксетин) способствуют редукции клинических проявлений депрессии, относящихся как к позитивной, так и к негативной аффективности.

При необходимости (стойкая инсомния, дисфорическая симптоматика) назначают *комбинированную терапию* с использованием *транквилизаторов* (производные бензодиазепина - феназепам, диазепам, хлордiazепоксид; блокатор гистаминовых рецепторов атаракс (гидроксизин)

и др.), применяемых внутрь в дозах, не превышающих средние. При депрессиях с явлениями идеаторного возбуждения целесообразно сочетание антидепрессантов с нейролептиками (сульпирид, рисперидон, оланзапин). Комбинированная терапия депрессий с преобладанием негативной аффективности (апатические, адинамические депрессии) предполагает сочетанное применение антидепрессантов с ноотропами.

Вознесенская Т.Г., Вейн А.М. Хроническая боль и депрессия. Психиатрия и психофармакотерапия. - №1/2000.
<http://www.consilium-medicum.com/>

Вознесенская Т.Г., Вейн А.М. Хроническая боль и депрессия

Тесная связь хронической боли с депрессией очевидна. Так, Дж. Мюррей [1] подчеркивает, что при хронической боли надо прежде всего искать депрессию; S.Tyger (1985) приводит статистические данные о наличии психических расстройств депрессивного характера у половины больных, страдающих хронической болью; по данным С.Н. Мосолова [2], у 60% больных депрессией обнаруживаются хронические болевые синдромы. Некоторые авторы высказываются еще более определенно, считая, что во всех случаях хронического болевого синдрома имеет место депрессия, основываясь на том факте, что боль всегда сопровождается отрицательно-эмоциональными переживаниями и блокирует возможность человека

получать радость и удовлетворение. Наибольшие споры вызывают не сам факт сосуществования хронической боли с депрессией, а причинно-следственные отношения между ними. С одной стороны, долго существующая боль ограничивает профессиональные и личные возможности человека, заставляет его отказываться от привычных жизненных стереотипов, нарушает его жизненные планы и т.д. Снижение качества жизни может порождать вторичную депрессию. С другой стороны, депрессия может быть первопричиной боли или основным механизмом хронификации болевого синдрома. Так, атипичные депрессии могут проявляться под различными масками, в том числе и под маской хронической боли.

В данной статье мы не ставим задачи дифференцировать вид депрессии при всех вариантах хронических болевых синдромов. Наша цель - акцентировать внимание врача на несомненной родственности этих двух патологических синдромов, частой их сочетаемости, подчеркнуть необходимость поиска депрессии при любой хронической боли, научить выделять клинические симптомы, свидетельствующие о наличии депрессивной симптоматики. Все перечисленное необходимо для полноценной помощи больному, так как депрессия, вне зависимости от ее происхождения, первичности или вторичности по отношению к хроническому болевому синдрому, всегда значительно ухудшает и видоизменяет клиническую картину, усугубляет боль и страдания больного, снижает качество жизни пациента. Депрессия

формирует у больного состояние беспомощности и полной зависимости от болевого синдрома, порождает чувство бесперспективности лечения, приводит к своеобразной "катастрофизации" собственного состояния. Образно говоря, между болью и депрессией образуется своеобразный порочный круг, при котором одно состояние усугубляет другое.

Часто в этот порочный круг встраиваются также явления локального или более обширного мышечного спазма.

Таким образом, полноценное лечение больного с хронической болью невозможно без купирования сосуществующей депрессивной симптоматики.

"Родственность" боли и депрессии объясняется прежде всего общими звеньями патогенеза. И при хронических болевых синдромах, и при депрессии определяют недостаточность серотонинергических систем мозга. Серотонинергическая теория депрессии в настоящее время является лидирующей, доказано также существенное значение дисфункции нисходящих серотонинергических противоболевых систем мозга в формировании хронической боли [3-5].

В данном контексте важно определить, что считать острой болью, а что хронической. Острая боль всегда является симптомом какого-либо органического страдания. Напротив, хроническая боль, как правило, это не симптом, а собственно болезнь, при которой решающее значение имеет не морфологическое повреждение тканей, а

дефектность восприятия и другая дисфункция психических процессов.



Хронической болью, по данным Международной ассоциации по изучению боли, принято считать боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления и длится не менее 3 мес [6]. В настоящее время хроническую боль рассматривают как самостоятельное заболевание, в основе которого патологический процесс в соматической сфере и первичная или вторичная дисфункция периферической и центральной нервной систем. Неотъемлемым признаком хронической боли является формирование эмоционально-личностных расстройств, она может быть вызвана только дисфункцией в психической сфере, т.е. относиться к идиопатическим или психогенным болям [6]. Психогенная хроническая боль наиболее распространена и наиболее сложна для диагностики и лечения. В соответствии с критериями DSM-IV понятие хронической боли используется для обозначения болевого синдрома, длящегося более 6 мес. Хронический болевой синдром может наблюдаться в клинической картине любой депрессии. Симптомы

депрессии при хроническом болевом синдроме могут быть очевидными или стертыми. Достаточно часто боль является "маской" депрессии и собственно депрессивные симптомы выступают в атипичной форме и скрыты за доминирующей в клинической картине болью. Среди синдромов маскированной депрессии некоторые авторы отдельно выделяют алгическо-сенестопатический синдром. Больные с типичными проявлениями депрессии достаточно быстро оказываются в поле зрения психиатров. Напротив, больные с атипично протекающими, маскированными депрессиями долго и подчас безрезультатно лечатся у врачей общей практики, так как распознать подобную депрессию достаточно сложно.

Хроническая боль как проявление маскированной, соматизированной депрессии может локализоваться практически в любой части тела. Нередко имеет место сочетание нескольких локализаций. Клинические симптомы могут имитировать различные варианты соматической и неврологической патологии, поэтому необходимо детально обследовать пациента. Обычно хроническая боль локализуется в области головы, сердца, живота, крупных суставов, спине. Примерами хронического болевого синдрома могут служить хронические головные боли напряжения, ежедневные хронические головные боли, фибромиалгия, психогенные кардиалгии и абдоминалгии.

Хроническая боль чаще диффузная, монотонная, постоянная, тупая, ноющая, тянущая, сдавливающая. Нередко к хронической боли присоединяются

сенестопатические ощущения. Как правило, хроническая боль плохо описывается больным и плохо локализуется. Обычно больной указывает на достаточно большую область болевых ощущений, которая может меняться от осмотра к осмотру.

Болевой синдром никогда не представлен изолированно, а всегда сочетается с жалобами психопатологического и психовегетативного характера. Состояние дистресса, усугубление психологического конфликта, декомпенсация эмоционально-личностных расстройств всегда приводят к интенсификации и/или генерализации боли.

Больные с хронической болью и депрессией имеют длительную историю своего заболевания, они безрезультатно, но упорно обращаются к врачам разных специальностей. Им проводят многочисленные исследования, которые не подтверждают ни соматического, ни неврологического органического заболевания. Это больные, которые, несмотря на多月месячные обследования у различных специалистов, не имеют определенного диагноза. Нередко их лечат симптоматически, пытаясь купировать болевой синдром различными анальгетическими средствами. Лечение оказывается безрезультативным, и пациенты продолжают обращаться к врачам.

Диагностика депрессии сложна для врача непсихиатра. Для диагностики депрессии необходимо знать ее диагностические критерии (МКБ-10). Диагностические признаки депрессии таковы:

основные:

- пониженное или печальное настроение,
- утрата интересов или чувства удовольствия,
- повышенная утомляемость;

дополнительные:

- снижение способности к концентрации внимания,
- заниженная самооценка и неуверенность в себе,
- идеи вины и самоуничтожения,
- мрачное пессимистическое видение будущего,
- суицидальные мысли или действия,
- нарушения сна,
- нарушения аппетита

Основными являются первые три клинических проявления. Остальные симптомы относятся к дополнительным. Для верификации тяжелого депрессивного эпизода в клинической симптоматике больного ведущее место должны занимать три первых основных проявления депрессии, которые сочетаются не менее чем с четырьмя дополнительными симптомами. Для установления диагноза депрессивного эпизода средней тяжести необходимо присутствие двух основных и трех дополнительных симптомов. Для легкого депрессивного эпизода достаточно присутствия двух основных и двух дополнительных симптомов. При этом во всех трех вариантах депрессии основные ее проявления должны длиться не менее 2 нед. В общемедицинской практике в основном наблюдаются больные с легкой и средней степенью депрессии. Если депрессивные эпизоды продолжительностью не менее 2 нед

повторяются с интервалом в несколько месяцев по меньшей мере дважды, то диагностируют повторные или рекуррентные депрессивные расстройства. Повторные депрессивные эпизоды могут быть спровоцированы стрессовой ситуацией.

Чаще всего врач сталкивается с атипично протекающими стертыми депрессиями, и поэтому ему необходимо концентрировать внимание на атипичных симптомах. Следует подчеркнуть частую встречаемость при депрессии тревожных расстройств, которые нередко выходят на первый план, затмевая собственно депрессивные симптомы. Сочетанность депрессии и тревоги, по данным А.Ф. Шацберга [7], достигает 62%. Особенно специфично сочетание тревоги в сочетании с мышечным напряжением и депрессии именно при хронических болевых синдромах.

Особо следует обратить внимание врача на то, что пациенты с атипичной депрессией могут предъявить жалобы исключительно на отдельные стойкие соматические симптомы, основными из которых являются постоянное чувство усталости и хроническая боль. Нередко основной жалобой может быть повышенная раздражительность.

При атипичных депрессиях жалобы на боли хронического характера часто сочетаются с жалобами на другие неприятные, плохо описываемые и нередко плохо локализуемые ощущения во всем теле, на нарушения сна, аппетита, полового влечения, повышенную утомляемость, слабость, сниженную работоспособность, запоры,

диспепсии; у женщин могут быть жалобы на нарушения менструального цикла, не имеющие органической причины, предменструальный синдром. При депрессиях могут наблюдаться плохой аппетит и снижение массы тела и, напротив, повышенный аппетит, когда больные "заедают" свою депрессию, и соответственно увеличение массы тела. В этих случаях прием пищи остается единственным способом получения положительных эмоций - все остальные потребности резко редуцируются. Для типичных депрессий более характерно снижение аппетита и массы тела, при атипичных депрессиях нередко наблюдается противоположная картина.

Обилие жалоб, их необычное сочетание, не укладывающееся в клиническую картину ни одного соматического заболевания, прежде всего позволяет предполагать маскированную депрессию.

Для депрессий специфично, что все неприятные клинические симптомы, и в том числе болевые, больше представлены утром, а не вечером.

Нарушения сна при депрессиях могут проявляться весьма различно: нарушения засыпания, частые ночные пробуждения, неудовлетворенность сном, трудности пробуждения, увеличение длительности ночного сна, дневная гиперсомния. Наиболее специфичным признаком депрессии считаются ранние утренние пробуждения, при которых больной без видимых причин постоянно просыпается в 4 - 5 ч утра и больше не может уснуть.

Весьма часто врачи общей практики сталкиваются не только с атипичными депрессиями, но и с хроническим вариантом ее течения. В связи с этим мы считаем необходимым ознакомить врача с диагностическими критериями хронического депрессивного состояния, которое может сосуществовать с хроническим болевым синдромом. В классификациях МКБ-10 и DSM-IV оно выделяется под названием "дистимии". Ранее это состояние классифицировалось как депрессивный невроз или невротическая депрессия. Следует подчеркнуть, что к дистимиям относят легкие хронические депрессии, при которых не встречаются суицидальные мысли и действия и выраженная социальная дезадаптация. У больных преобладают жалобы на общее недомогание, разбитость, усталость, нарушения сна и аппетита. Эти жалобы наряду с невыраженностью типичных депрессивных жалоб приводят больного не к психиатру, а к врачу общей практики. По статистике дистимией страдает до 5% взрослого населения. Это расстройство редко распознается и поэтому редко адекватно лечится. Каковы же необходимые критерии для установления диагноза дистимии?

Дистимия - это хроническое состояние, которое характеризуется подавленным настроением большую часть дня на протяжении более половины всех дней за последние два года [1]. Хронически подавленное настроение должно сопровождаться не менее чем двумя из перечисленных ниже симптомов:

- сниженный или повышенный аппетит,

- нарушения сна или повышенная сонливость,
- низкая работоспособность или повышенная утомляемость,
- заниженная самооценка,
- нарушение концентрации внимания или нерешительность,
- чувство безнадежности.

Перечисленные симптомы нередко сочетаются с длительными болевыми ощущениями. Дистимии могут длиться неопределенно долгое время, начинаться практически в любом возрасте, часто дистимии предшествует выраженная психотравма.

При обследовании больных с хронической болью для выявления депрессии надо уделить особое внимание анамнезу. Указания на депрессивные эпизоды в прошлом, психические заболевания у родственников, злоупотребление алкоголем или наркотиками, выраженная психотравмирующая ситуация или перенесенный эмоциональный стресс должны насторожить врача в отношении депрессии. Надо попытаться выявить связь дебюта и течения болевого синдрома с психическими переживаниями больного. Важное значение имеет и детский анамнез: предшествующий болевой опыт больного, хронические боли у близких родственников, отношение к боли в семье, т.е. особенности воспитания, которые могут способствовать формированию так называемой "болевого личности".

Каждый врач знает, насколько трудно бывает общение с пациентом с хронической болью. Больной фиксирован на своих болевых ощущениях, и нередко вопросы врача о его

настроении, проблемах, образе жизни, детстве воспринимаются крайне негативно, вызывая агрессию и раздражение. Это может быть связано с тем, что боль, сосуществующая с депрессией, служит своеобразным защитным механизмом, отвлекая больного от непереносимых, травмирующих его психику, гнетущих, тягостных переживаний и воспоминаний. Зная это, врач должен быть терпеливым, деликатным и очень осторожным при расспросе больного.

При осмотре больного обязательно нужно обращать внимание на внешний вид пациента, его позу, манеру держаться, особенности речи и его поведение, что может помочь в диагностике неосознаваемого или скрываемого больным депрессивного состояния. Для больных депрессией характерны небрежность в одежде, предпочтение серых и темных тонов, отсутствие прически, косметики и украшений у женщин, скудость мимики и движений иногда напоминающие скованность, согбенная поза, невыразительность и монотонность речи, односложные ответы и т.п. Другими словами, врачу в диагностике помогает анализ "языка тела" или способы невербальной коммуникации.

Таким образом, существуют различные сочетания хронического болевого синдрома с различными вариантами депрессии.

Врачу необходимо уделять особое внимание диагностике депрессии при хронических болевых синдромах, так как сосуществующая с болью депрессия значительно

утяжеляет и видоизменяет клиническую картину заболевания.

Вне зависимости от того, первична или вторична депрессия по отношению к хронической боли, ее необходимо купировать, применяя психотерапевтические и психофармакологические методы воздействия (см. статью "Фармакотерапия депрессии" в этом номере журнала).

При сочетании хронического болевого синдрома с депрессией первое место в терапии занимают антидепрессанты, которые оказывают не только антидепрессивное, но и собственно анальгетическое действие [2].

Эффективность антидепрессантов в лечении хронических болевых синдромов достигает 75% [3]. Эффективность антидепрессантов тем выше, чем большую роль в хронической боли играет депрессия.

Механизмы противоболевого действия антидепрессантов следующие:

- противоболевой эффект в связи с редукцией депрессии (этот механизм особенно значим, если болевой синдром являлся маской депрессии, т.е. при первичных депрессиях. Однако и при вторичных по отношению к боли депрессиях редукция депрессии всегда приводит к ослаблению болевого синдрома);
- противоболевой эффект в связи с потенцированием действия как экзогенных, так и эндогенных анальгезирующих веществ, в основном опиоидных пептидов;

- противоболевой эффект в связи со стимуляцией антиноцицептивных нисходящих в основном серотонинергических систем мозга.

В настоящее время приоритетными при лечении хронической боли являются антидепрессанты, обладающие серотонинергической активностью: трициклические антидепрессанты - амитриптилин (триптизол), доксепин (синэксан), кломипрамин (анафранил); селективные серотонинергические антидепрессанты или ингибиторы обратного захвата серотонина в пресинаптической мембране - СИОЗС - флуоксетин, сертралин (золофт), пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин).

Для получения достаточного противоболевого и антидепрессивного эффекта антидепрессанты надо назначать в достаточной клинической дозе и на длительное время. Например, доза амитриптилина не должна быть менее 75 мг, курс лечения не менее 6 нед. Назначают препарат, постепенно повышая дозировку, по четверти таблетки каждые 3 дня, основную дозу (2/3 суточной) дают перед сном, по достижении эффекта препарат отменяют, постепенно снижая дозировку, чтобы избежать синдрома отмены. Флуоксетин назначают сразу в лечебной дозе 20 мг (одна капсула) в сутки на срок не менее 6 нед. Отмену препарата можно производить одномоментно, так как он относится к пролонгированным антидепрессантам.

Вместе с этим, эффективность лечения хронического болевого синдрома возрастает при введении в терапию миорелаксантов центрального действия, что позволяет,

дополнительно разрывая порочный круг, воздействовать на болевой синдром и оптимизировать функциональную активность центральной нервной системы. Кроме того, уменьшение мышечной напряженности за счет механизмов "обратной связи" позволяет достигать существенной редукции тревожного компонента расстройств. Препаратом выбора среди центральных миорелаксантов является толперизон (мидокалм), в отличие от всех других миорелаксантов позволяющий сочетать лечение с применением любых психоактивных средств без риска возрастания побочных эффектов, развития синдрома отмены, зависимости и/или кумуляции.

Результаты изучения анальгетического действия антидепрессантов и наш собственный опыт лечения больных с хроническими болевыми синдромами свидетельствуют, что клинический анальгетический эффект наступает раньше и при меньших клинических дозах, чем антидепрессивный эффект.

Литература:

Мюррей Дж. Психические расстройства. В кн.: Неврология. Под ред. М.Самуэльса. М., 1997; 276-92.

Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб 1995; 565.

Fuller RW. Serotonin uptake inhibitor ... Prog Drug Res 1995; 45: 167-204.

5-Hydroxytryptamin Mechanisms in Primary Headaches. Ed J Olesen, PR Saxena, Raven Press 1992; 384.

Van Praag HM. Serotonin precussors in treatment of depression.-in serotonin in biological psychiatry. NY Raven Press 1982; 259-86.

IASP. International Association for study of Pain. Pain terms glossary. Pain 1979; 6: 250.

Шацберг А.Ф. Терапия флуоксетином коморбидных тревоги и депрессии. - Соц. Клин. психиатр. 1997; 1: 2-19.

Дюкова Г.М., Вейн А.М. Вегетативные расстройства и депрессия

Психиатрия и психофармакотерапия. - №1/2000.
<http://www.consilium-medicum.com/>

Дюкова Г.М., Вейн А.М. Вегетативные расстройства и депрессия

Введение

На приеме у врача общей практики пациенты с депрессивными синдромами составляют более 30%. Этот показатель, вероятно, еще выше для неврологической практики. При этом необходимо учесть, что пациенты, активно жалующиеся на сниженное настроение, угнетенность, подавленность, отсутствие интереса к жизни, обычно не идут к терапевту или неврологу, а обращаются к психиатру в поликлинике либо в психоневрологический диспансер. На приеме у интерниста больные предъявляют жалобы прежде всего на соматовегетативные расстройства. Известно, как трудны диагностика и лечение упорных кардиалгий, длительной и "необъяснимой" гипертермии,

постоянной одышки, непроходящего ощущения тошноты, изнуряющего потоотделения, головокружений, драматичных и устрашающих больных вегетативных пароксизмов или, по современной терминологии, "панических атак" (ПА) и т.д. Как правило, при активном и целенаправленном расспросе у этих пациентов удается выявить нарушения сна, аппетита, изменение массы тела, снижение либидо, постоянную слабость, утомляемость, снижение интереса к окружающему и другие симптомы, свидетельствующие о наличии депрессивных расстройств. Субклинические проявления депрессии у подобных больных обусловили и соответствующую терминологию: "скрытая", "маскированная", "ларвированная", "атипичная", "алекситимическая", "депрессия без депрессии".

Известно, что вегетативные нарушения центрального генеза или психовегетативные синдромы могут проявляться в виде как пароксизмальных, так и перманентных расстройств [1].

Пароксизмальные вегетативные расстройства

Вегетативный криз (ВК), или ПА, - это наиболее яркое и драматичное пароксизмальное проявление психовегетативного синдрома.

Терминология

Традиционное для отечественной медицины название "вегетативный криз" подчеркивает, что преимущественное значение в приступе имеют вегетативные симптомы. В зарубежной медицине, особенно в англоязычной, ведущую роль в вегетативном пароксизме придают эмоционально-

аффективным расстройствам (страху, тревоге), что соответственно находит свое отражение в используемых терминах - "тревожные атаки", "панические атаки".

Диагностические критерии

Термин "Паническая атака" получил сегодня признание во всем мире благодаря классификации болезней, предложенной Американской Ассоциацией психиатров в 1980 г. (DSM-III). Согласно последней, ПА являются основным проявлением "Панических расстройств" (ПР). В последующем эта классификация уточнялась и в настоящее время в последней ее версии - DSM-IV - и в Международной классификации болезней - МКБ-10 [2, 3] - приняты следующие *критерии диагностики ПР*.

А. Повторное возникновение приступов, в которых интенсивный страх или дискомфорт в сочетании с четырьмя или более из нижеперечисленных симптомов развиваются внезапно и достигают своего пика в течение 10 мин:

- пульсации, сильное сердцебиение, учащенный пульс;
- потливость;
- озноб, тремор;
- ощущение нехватки воздуха, одышка;
- затруднение дыхания, удушье;
- боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки;
- тошнота или абдоминальный дискомфорт;
- головокружение, неустойчивость;
- слабость, дурнота, предобморочное состояние;
- ощущение онемения или покалывания (парестезии);

- *волны жара и холода;*
- *ощущение дереализации, деперсонализации;*
- *страх смерти;*
- *страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок.*

Б. Возникновение ПА не обусловлено непосредственным физиологическим действием каких-либо веществ (например, лекарственной зависимостью или приемом препаратов) или соматическими заболеваниями (например, тиреотоксикоз).

В. В большинстве случаев ПА возникают не в результате других тревожных расстройств, таких как "Фобии" - "Социальные" и "Простые", "Обсессивно-фобические расстройства", "Посттравматические стрессовые расстройства".

В МКБ-10 ПР входят рубрики "тревожных" и "фобических" расстройств, которые в свою очередь включены в класс "Невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств".

Эпидемиология

По данным статистики, от 1,5 до 4% взрослого населения страдают ПР в определенные периоды своей жизни. Среди обращающихся за первичной медицинской помощью больные с ПА составляют до 6%. Заболевание дебютирует чаще всего в возрасте 20 - 30 лет и чрезвычайно редко до 15 и после 65 лет. Женщины страдают в 2 - 3 раза чаще мужчин [4].

Основные клинические проявления

Критерии, необходимые для диагностики ПА, можно обобщить следующим образом:

- пароксизмальность;
- полисистемные вегетативные симптомы;
- эмоционально-аффективные расстройства.

Очевидно, что основными проявлениями ПА являются вегетативные и эмоциональные расстройства. Уже по представленному выше перечню симптомов видно, что вегетативные симптомы затрагивают различные системы организма: это дыхательные, кардиальные, сосудистые реакции (центральные и периферические), изменения терморегуляции, потоотделения, желудочно-кишечных и вестибулярных функций. При объективном исследовании, как правило, обнаруживают подъемы артериального давления (иногда до высоких значений и чаще при первых приступах), выраженную тахикардию, нередко учащение экстрасистол, может иметь место повышение температуры до субфебрильного или фебрильного уровня. Все эти симптомы, возникая внезапно и "беспричинно", способствуют появлению и фиксации другой группы симптомов - эмоционально-аффективных расстройств. Спектр последних необычайно широк. Так, чувство беспричинного страха, достигающего до степени паники, обычно возникает при первом приступе, а затем в менее выраженной форме повторяется и в последующих приступах. Иногда паника первой ПА в последующем трансформируется в конкретные страхи - страх инфаркта миокарда, инсульта, утраты сознания, падения,

сумасшествия и т.д. У некоторых больных интенсивность страха (даже в первых приступах) может быть минимальна, но тем не менее при тщательном расспросе больные сообщают о чувстве внутреннего напряжения, тревоги, беспокойства, ощущения, что "что-то взорвется внутри". В неврологической и терапевтической практике эмоциональные проявления приступа могут существенно отличаться от типичной ситуации. Так, в приступе больной может не испытывать страха, тревоги; не случайно такие ПА называют "паника без паники" или "нестраховые ПА" [5]. Некоторые больные испытывают в приступе чувство раздражения, иногда достигающее степени агрессии, в ряде случаев - ощущение тоски, депрессии, безысходности, сообщают о "беспричинном" плаче в момент приступа. Именно эмоционально-аффективные симптомы придают приступу столь неприятный и даже отталкивающий характер.

У большой категории больных ПР структура приступа не ограничивается вышеописанными вегетативно-эмоциональными симптомами, и тогда врач может обнаружить еще один тип расстройств, которые мы условно назвали "атипичными". Они могут быть представлены локальными или диффузными болями (головные боли, боли в животе, в позвоночнике и т.д.), мышечными напряжениями, рвотами, сенестопатическими ощущениями (ощущение жара, "обмороженности", "шевеления", "переливания" чего-то, "пустоты") и (или) психогенными (истерическими) неврологическими симптомами

(ощущение "кома в горле", слабости в руке или ноге, нарушение речи или голоса, сознания и др.) [6].

В межприступном периоде у больных, как правило, развиваются вторичные психовегетативные синдромы, структура которых в значительной степени определяется характером пароксизма. У больных с ПА вскоре после появления пароксизмов развивается так называемый агорафобический синдром. "Агорафобия" дословно означает "страх открытых пространств", однако в случае панических больных страх касается любой ситуации, потенциально "угрожаемой" для развития приступа. Такими ситуациями могут быть пребывание в толпе, в магазине, в метро или любом другом виде транспорта, отдаление от дома на какое-то расстояние или пребывание дома в одиночестве и т.д. Агорафобия обуславливает соответствующее поведение, которое позволяет избежать неприятных ощущений: больные перестают пользоваться транспортом, не остаются одни дома, не удаляются далеко от дома и в конечном итоге становятся практически полностью социально дезадаптированы.

Страхи больных с ПА могут касаться определенного заболевания, с которым, по мнению больного, связаны тревожащие его симптомы: например, страх инфаркта, инсульта и т.д. Навязчивые страхи заставляют больного постоянно измерять пульс, проверять артериальное давление, делать повторные электрокардиограммы и даже изучать соответствующую медицинскую литературу. Речь в

таких случаях идет о развитии навязчивых страхов или ипохондрического синдрома.

В качестве вторичных синдромов нередко развиваются депрессивные расстройства, проявляющиеся снижением социальной активности, интереса к окружающему миру, повышенной утомляемостью, постоянной слабостью, снижением аппетита, нарушениями сна, сексуальных мотиваций. У больных с демонстративными припадками, как правило, выявляются истерические личностные расстройства с клиническими проявлениями истерии в соматической либо неврологической сфере.

Перманентные вегетативные расстройства

Под перманентными вегетативными расстройствами подразумевают субъективные и объективно регистрируемые нарушения вегетативных функций, которые носят постоянный характер или возникают эпизодически и не сочетаются с вегетативными пароксизмами (паническими атаками). Эти расстройства могут проявляться преимущественно в одной системе или носить отчетливый полисистемный характер. Перманентные вегетативные расстройства могут проявляться следующими синдромами:

- в кардиоваскулярной системе - кардиоритмическими, кардиалгическими, кардиосенестопатическими, а также артериальными гипер- и гипотонией или амфотонией;
- в респираторной системе - гипервентиляционными расстройствами: ощущением нехватки воздуха, одышкой, чувством удушья, затрудненным дыханием и т.д.;

- в гастроинтестинальной системе - диспептическими расстройствами, тошнотой, рвотой, сухостью во рту, отрыжкой, абдоминальными болями, дискинетическими феноменами, запорами, поносами;
- в терморегуляционной и потоотделительной системах - неинфекционным субфебрилитетом, периодическими "ознобами", диффузным или локальным гипергидрозом и т.д.;
- в сосудистой регуляции - дистальным акроцианозом и гипотермией, феноменом Рейно, сосудистыми цефалгиями, липотимическими состояниями, волнами жара и холода;
- в вестибулярной системе - несистемными головокружениями, ощущениями неустойчивости.

Вегетативные расстройства и депрессия

Существует обширная литература о связи депрессии и тревоги. Эта проблема является актуальной и для ПР, поскольку возможно сочетание ПР и депрессии.

При осмотре больного, страдающего ПР, врач должен быть насторожен в отношении возможной эндогенной депрессии, поскольку риск суицидальных действий требует немедленного вмешательства психиатра.

Согласно современным критериям, депрессия характеризуется понижением настроения, снижением или отсутствием интереса или удовольствия, сочетающимися со снижением аппетита или его повышением, снижением или прибавкой массы тела, инсомнией или гиперсомнией, психомоторной заторможенностью или ажитацией, чувством утомления или потери энергии, ощущением

никчемности, неадекватным чувством вины, уменьшением способности думать или концентрировать внимание и повторяющимися мыслями о смерти или самоубийстве.

Для клинициста важным является вопрос о характере депрессии - первична она или вторична? Для решения этого вопроса важны два диагностических критерия: временной фактор и выраженность депрессивной симптоматики. R. Jacob и соавт. [7] предлагают использовать оба критерия и установить, какое из расстройств встречается без другого в анамнезе больного. Если эпизоды депрессии появлялись до ПР, а ПА появляются только в период депрессии, то ПР являются вторичными по отношению к депрессии. Если же депрессия появляется только при наличии ПР и, как правило, на определенном этапе их развития, то, вероятнее всего, речь идет о первичном ПР и вторичной депрессии.

Показано, что больные депрессией с ПА имели более длительное течение, часто были эндогенного, ажитированного типа и имели худший прогноз, т.е. у них депрессия была в более тяжелой форме.

Есть мнение, что вторичные депрессии часто встречаются при ПР. Типичной считается следующая картина динамики ПР: приступы паники - агорафобия - ипохондрия - вторичная депрессия. В исследовании A. Breier [4] из 60 больных АФ с ПР депрессия выявлена у 70%, причем в 57% случаев она возникла после первой ПА. По некоторым данным, вторичное депрессивное обострение наблюдается в 70 - 90% случаев при длительном существовании ПР [8].

Поскольку при первичной депрессии, особенно ее тяжелых (острых) формах, высок риск суицидов, а также затруднено применение психотерапии, то дифференциальная диагностика ПР и депрессии с ПА необходима. При подозрении на первичную депрессию необходимо ориентироваться на потерю массы, выраженные нарушения концентрации внимания и расстройства сна, грубые мотивационные расстройства. Вторичные депрессии имеют более легкое течение и обычно регрессируют при купировании ПР.

В настоящее время активно обсуждается патогенетическая связь ПР и депрессии, поводом для чего являются частое сочетание ПР и депрессии и очевидная эффективность в том и другом случае антидепрессивных препаратов. Однако ряд фактов опровергают предположение о едином заболевании: это прежде всего различные эффекты при воздействии биологических маркеров. Так, депривация сна улучшает состояние больных при большой депрессии и ухудшает при ПР; дексаметазоновый тест положителен в первом случае и отрицателен во втором, введение молочной кислоты закономерно вызывает ПА у больных ПР или у больных депрессией в сочетании с ПР, но не у больных, страдающих только большой депрессией. Таким образом, обсуждая сочетание ПР с большой депрессией, можно предположить, что наличие депрессии является фактором, способствующим проявлению ПР, хотя механизмы этого взаимодействия остаются пока неясными.

Перманентные вегетативные расстройства также возникают в структуре различных аффективных и эмоционально-психопатологических синдромов. В большинстве случаев речь идет о депрессивных расстройствах (маскированные, соматизированные и другие варианты) либо смешанных синдромах, среди которых доминируют тревожно-депрессивные, депрессивно-ипохондрические и истеродепрессивные расстройства. По мнению А.Б. Смулевича и соавт. [9], истерические депрессии являются одной из наиболее распространенных психогенных реакций, сопровождающихся выраженными соматовегетативными и истерическими неврологическими симптомами. Наиболее часто такие проявления болезни наблюдаются в климактерическом периоде.

Терапия психовегетативных расстройств

В настоящее время в терапии вегетативных синдромов как пароксизмального, так и перманентного характера используют следующие группы препаратов:

- антидепрессанты (АД);
- транквилизаторы (бензодиазепины типичные и атипичные - АБД);
- малые нейролептики (МН);
- вегетотропные средства.

Уже доказано с помощью многих контролируемых (двойных-слепых плацебо-контролируемых) исследований, что базовыми препаратами в лечении вегетативных расстройств являются АД, которые применяют в качестве монотерапии либо в комбинации с другими препаратами

[10]. Следует подчеркнуть, что терапия АД показана не только, когда вегетативные расстройства являются проявлением депрессии, в том числе маскированной, но и когда вегетативные расстройства (перманентные и пароксизмальные) протекают в рамках тревожных и тревожно-фобических расстройств, даже если очевидной депрессии не выявляется (например, ПР с агорафобией), в случаях смешанных тревожно-депрессивных и истеро-депрессивных (сочетание соматоформных и депрессивных) расстройств. Данное положение отражает современные тенденции в психофармакотерапии, где ведущее место занимают АД, а транквилизаторам (главным образом, типичным бензодиазепинам) отводится роль симптоматической, вспомогательной, корригирующей терапии. Исключение составляют АДБ (альпразолам и клоназепам), которые в ряде случаев также могут применяться в качестве базовой фармакотерапии. Нейролептики используются в качестве дополнительных препаратов при необходимости комбинированной терапии. Вегетотропные препараты (адреноблокаторы, вестибулолитики и др.) обычно вводят в лечение в качестве симптоматической терапии либо для коррекции побочных действий АД.

Необходимо отметить, что применение любых психотропных средств целесообразно сочетать с вегетотропной терапией, особенно - если примененный препарат в дополнения обладает механизмами клеточного нейротропного воздействия (нейрометаболической

церебропротекции). В частности, назначение винпоцетина (кавинтона) позволяет, за счет указанных эффектов, существенно улучшить результаты лечения.

Фармакотерапия больных с пароксизмальными и перманентными психовегетативными расстройствами предполагает несколько терапевтических стратегий: купирование приступов (ПА); предупреждение повторного возникновения пароксизмов; купирование перманентных психовегетативных синдромов.

Купирование ПА

Транквилизаторы бензодиазепиновой группы (реланиум, тазепам, феназепам, ксанакс и др.) являются наиболее эффективными средствами для купирования ПА. Однако при таком симптоматическом способе лечения дозу препарата со временем приходится повышать, а нерегулярный прием бензодиазепинов и связанный с ним феномен отдачи могут способствовать учащению ПА, прогрессированию и хронизации болезни.

Предупреждение повторного возникновения ПА

Многочисленные двойные-слепые плацебо-контролируемые исследования убедительно показали, что наиболее эффективными в предупреждении ПА являются две группы препаратов - АД и АБД [10-12].

Сегодня спектр АД, эффективных в отношении ПР, значительно расширился и включает по меньшей мере 5 групп препаратов: трициклические антидепрессанты - имипрамин (мелипрамин), амитриптилин (триптизол, нортриптилин), кломипрамин (анафранил, гидифен);

четырёхциклические антидепрессанты - миансерин (миансан, леривон); ингибиторы моноаминоксидазы - моклобемид (аурорикс); антидепрессанты с недостаточно известным механизмом действия - тианептин (коаксил, стаблон); селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) - флуоксетин, флувоксамин (авоксин), сертралин (золофт), пароксетин (паксил), циталопрам (ципрамил).

Значительный интерес вызывает последний антидепрессант из этой группы - циталопрам. Высокая селективность препарата и малый потенциал для интеракций, благоприятный профиль побочных эффектов вкупе с высокой эффективностью позволяют рассматривать ципраamil как препарат выбора при многих депрессивных состояниях, в частности, в общесоматической и геронтологической практике. Наличие у циталопрама, наряду с тимолептическим также и отчетливого анксиолитического действия указывает на возможность использования циталопрама при тревожных расстройствах и, в частности, при панических атаках. В настоящее время в двух российских клиниках уже начато изучение эффективности применения циталопрама при панических расстройствах.

Наиболее вероятной считается теория, которая связывает антипаническую эффективность АД с преимущественным влиянием на серотонинергические системы мозга. Положительного эффекта удастся достичь, применяя небольшие суточные дозы препаратов. Однако при

использовании АД, особенно трициклических, в первую декаду лечения может наблюдаться обострение симптоматики - тревога, беспокойство, возбуждение, иногда учащение ПА. Побочные реакции на трициклические АД в значительной степени связаны с холинолитическими эффектами и могут проявляться выраженной тахикардией, экстрасистолией, сухостью во рту, головокружением, тремором, запорами, прибавкой массы. Вышеописанные симптомы могут приводить на первых этапах к вынужденному отказу от лечения, тем более что клинический эффект, как правило, наступает через 2 - 3 нед после начала терапии. Значительно меньше побочных реакций наблюдается при использовании препаратов группы СИОЗС. Их лучшая переносимость, возможность однократного суточного приема и безболезненность быстрой отмены при окончании лечения сделали эти препараты лидерами в лечении ПР.

К атипичным бензодиазепинам относят клоназепам (антелепсин, ривотрил) и альпразолам (ксанакс, кассадан). Показано, что бензодиазепины (как типичные, так и атипичные) усиливают действие ГАМК (g-аминомасляной кислоты), являющейся основным тормозным медиатором в центральной нервной системе. Существенным достоинством этой группы препаратов является быстрота появления клинического эффекта (3 - 4 дня). Существуют данные, что в больших дозах (6 - 8 мг) альпразолам оказывает антидепрессивное действие.

Выбор препарата определяется главным образом клинической картиной болезни и особенностями действия препарата. Если ПА появились недавно и отсутствует агорафобический синдром, то целесообразно начинать терапию с АБД. Если ПА сочетаются с агорафобией или другими вторичными синдромами (депрессия, фобический синдром, ипохондрия), то необходимо применение АД. В первую очередь рекомендуется применять АД с минимальными побочными эффектами. В некоторых случаях требуется сочетанное применение АД и АБД, поскольку АБД, во-первых, обеспечивают раннее появление клинического эффекта (практически уже на 1-й неделе лечения), а во-вторых, помогают купировать ПА до начала действия АД.

Лечение перманентных психовегетативных расстройств

При выборе тактики лечения перманентных психовегетативных расстройств исходят прежде всего из характера эмоционально-психопатологического синдрома. В случае депрессивных расстройств основными, а нередко и единственными, препаратами являются АД. В настоящее время предпочтение отдается СИОЗС. Когда депрессия сочетается с другими синдромами, применяют комбинированную терапию - сочетание АД с транквилизаторами (АБД) либо малыми нейролептиками: меллерил (сонапакс), терален, неулептил, эглонил, хлорпротиксен, этаперазин.

Индивидуальный подбор фармакологических препаратов, применение малых доз, при необходимости сочетание с

когнитивно-поведенческой психотерапией и социальной адаптацией позволяют сегодня успешно справляться с таким распространенным и социально-дезадаптирующим страданием, как психовегетативные синдромы.

Литература:

1. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. Под ред. А.М. Вейна. Медицинское информационное агентство. М. 1998; 749.
2. МКБ-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ/Пер. с англ. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина СПб. "АДИС" 1994.
3. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Mannual of mental disorders. Washington 1990.
4. Breier A, Charney D, Heninger C. Agoraphobia with panic attacks. Arch Gen Psychiatry 1986; 43(11): 1029-36.
5. Kushner M.G., Beitman B.D. Panic attacks without fear: an overview. Behav Res Ther 1990; 28(6): 469-79.
6. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки. СПб. 1997.
7. Jacob RG, Lilienfeld SO. Panic disorder: diagnosis, medical assessment, and psychological assessment. In: Walker IR, Norton GR, Ross CA (eds.). Panic Disorder and Agoraphobia. Belmont 1991; Part 3: 433-69.
8. Lesser IM, Rubin RT et al Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 437-43.

9. Смулевич А.В., Козырев В.Н., Сыркин А.Л. Депрессии у соматических больных. М. 1997; 108.
10. Djukova GM, Shepeleva JP, Vorob'eva OB. Treatment of vegetative crises (panic attacks). Neurosci Behav Physiol 1992; 22(4): 343-5.
11. Tesar GE, Rosenbaum JF, Pollack MN et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of clonazepam and alprazolam for panic disorder. J Clin Psychiatry 1991; 52: 69-76.
12. Wade AG. Antidepressants in panic disorder. Intern Clin Psychopharmacol 1999; 14(Suppl. 2): 13-7.

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 4/№ 1/2002.
<http://www.consilium-medicum.com/>

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях

Введение

В МКБ-10 ни термин "психосоматическое", ни "соматопсихическое" не используется из-за позиции составителей квалификации в отношении того, что "психические (психологические)" факторы влияют на возникновение, течение и исход не только "избранных" заболеваний, составляющих группу "психосоматических", но и всех болезненных состояний. Взамен этих понятий применяется термин "соматоформные расстройства". Они описываются главным образом в разделах F4

("Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства") - F45 ("Соматоформные расстройства") и F5 ("Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами").

Опыт работы сотрудников Федерального центра пограничной психиатрии в общесоматических стационарах (Л.В.Ромасенко и соавт.), обобщенный во многих публикациях и методических рекомендациях, показал, что среди пациентов терапевтических отделений многопрофильных соматических стационаров психогенные (невротические) реакции наблюдаются в 12,6% случаев, неврозы и невротические развития личности - в 7,8%, неврозоподобные расстройства при соматических заболеваниях в - 10,1%. Среди пациентов неврологических отделений многопрофильных больниц неврозоподобные расстройства (при сосудистых, инфекционных, травматических поражениях головного мозга) отмечены в 7,3% случаев.

В территориальных поликлиниках частота пограничных психических расстройств оказывается еще большей. Было проведено сплошное обследование больных терапевтического участка одной из территориальных поликлиник Москвы. Пограничные психические расстройства были обнаружены у 51,6% больных. При оценке нозологической принадлежности изученных расстройств невротические реакции выявлены у 9,3% обследованных, неврозы - у 5,6%, психопатии и акцентуации характера - у 13,6%, неврозоподобные

расстройства при соматических и неврологических заболеваниях - у 23,1% больных.

Невротические (психогенные) реакции при соматических заболеваниях

Среди клинических вариантов пограничных психических расстройств довольно часто при соматических заболеваниях отмечаются психогенные (невротические) реакции на сам факт соматического страдания с преимущественно неврастенической, истерической или обсессивно-фобической симптоматикой. При длительном, хроническом течении соматических расстройств у больных наблюдаются стабилизация невротической симптоматики, формирование неврозов (состояний), а затем и невротических развитий личности. При этом, как правило, сохраняется и развивается (усложняется) структура психопатологического синдрома, который был лишь намечен в первый период возникновения невротической реакции.

Эта динамика определяется, с одной стороны, психотравмирующими факторами и личностными особенностями больного, с другой - закономерностями течения основного болезненного процесса, в той или иной степени изменяющего психическую деятельность. Необходимость пребывания в стационаре, соблюдения постельного режима, изменение в связи с болезнью привычного образа жизни по сути играют роль психогенных (зачастую хронических) воздействий, в значительной мере обуславливающих развитие

психопатологических расстройств. Однако в большинстве случаев здесь четко выявляется также недостаточность (органическая или функциональная) различных органов и систем, что независимо от психогенных переживаний больного ведет к определенной перестройке организма. Общим в клинической картине у всех подобных больных является наличие психической *астенизации*. Картина имеющихся соматических проявлений как бы "окрашивается" астенической симптоматикой, являющейся неотъемлемой частью основного болезненного процесса и выражающейся в повышенной утомляемости, дневной сонливости, адинамии, аффективной лабильности, раздражительности, вспыльчивости, гиперестезии, ослаблении внимания и памяти. Эти расстройства нередко сочетаются с головной болью, головокружением, шумом в ушах, вазовегетативными нарушениями (тахикардия, усиленная потливость, колебания артериального давления, вегетососудистые пароксизмы).

Пограничные психические расстройства в кардиологии

Для больных, находящихся в терапевтическом и кардиологическом отделениях, наиболее характерным синдромом является *кардиофобия*. Незначительные изменения со стороны сердечной деятельности, возникающие после волнения, умственной или физической перегрузки, приведшей к состоянию длительной астенизации, вызывают у больных стойкую уверенность в наличии сердечного заболевания и обусловленный этим

страх смерти. Таким больным свойственно сверхценное отношение к вопросам своего здоровья вообще и к функции сердца в частности. Они регистрируют малейшие нарушения его деятельности, часто измеряют пульс и артериальное давление, фиксируются на различных неприятных ощущениях в области сердца. Чаще всего это бывает ощущение боли, причем иррадиирующей именно в левую руку и лопатку, что, как известно, типично для ишемической болезни и инфаркта миокарда. От истинных кардиалгий эти боли отличаются неопределенностью (они напоминают то сдавливание, то распирающее, то холод или жжение) и появлением после воздействия какого-либо психотравмирующего фактора. При этом болевые ощущения сопровождаются тревогой, напряжением, беспокойством.

Нарушения, связанные с сердечной деятельностью, в ряде случаев сочетаются с жалобами на *затруднение дыхания*. Последние чаще всего ограничиваются чувством "нехватки воздуха", спазмами в горле, иногда же возникают тяжелые приступы, выражающиеся в ощущении остановки дыхания и приближения смерти. Речь идет о гиперкапнии, возникающей вторично как результат переживаемого больным навязчивого страха удушья и развития вследствие этого форсированного дыхания.

Другой разновидностью невротоподобных расстройств, относящихся к дыхательной сфере, является *синдром нарушенного ритма дыхания*. Больные утрачивают ощущение полноценности вдоха, для преодоления чего они

глубоко дышат, предпринимают попытки интенсифицировать дыхательные движения, тем самым вызывая искусственную гипервентиляцию. При этом возникает комплекс сопутствующих ощущений в виде легкого головокружения, поташнивания и, что наиболее типично для этих больных, отсутствия потребности во вдохе, являющегося следствием избыточного насыщения крови кислородом и снижения возбудимости дыхательного центра. В связи с утратой произвольности дыхания больные начинают постоянно контролировать его, отмечая малейшие сбои в дыхательных движениях, их аритмичность, не могут отвлечься от неприятных ощущений, сопровождающих акт дыхания. Они глубоко заглатывают воздух, тем самым стараясь "исправить" нарушенный ритм дыхания, с этой же целью производят дополнительные движения головой, шеей, руками. Обычно отмечается сочетание описанных расстройств с другой невротоподобной симптоматикой, убежденность в серьезности заболевания, навязчивые мысли о неполноценности дыхания, о нарастающем кислородном голодании, чувство тревоги и страха смерти от удушья, подавленное настроение. Все это сопровождается выраженными вегетативными дисфункциями.

Пограничные психические расстройства в гастроэнтерологии

Особого внимания заслуживают невротоподобные расстройства у больных с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При заболеваниях органов

пищеварения вторичные психопатологические проявления отсутствуют лишь у 10,3% больных, у 22,1% отмечаются отдельные, фрагментарные астенические нарушения, у 67,6% - более сложные неврозоподобные состояния. Клиническая картина определяется особенностями гастроэнтерологической симптоматики, склонной к многолетнему, торпидному течению с тенденцией к вовлечению в патологический процесс всей пищеварительной системы. В соответствии с этим неврозоподобные расстройства у таких больных характеризуются малой динамичностью, склонностью к полиморфизму, "срастанию" с личностью. Однородная клиническая картина наблюдается лишь у больных с соматогенной астенией, выраженность которой, как правило, коррелирует со степенью тяжести и давностью основного заболевания.

Значительно чаще отмечается сложная, полиморфная картина неврозоподобного состояния (так называемый *малый полиморфизм*). Постоянным стержнем клинической картины при этом обычно являются *астенические и ипохондрические расстройства*, которые сочетаются с *депрессивными, обсессивно-фобическими* или *истерическими компонентами*. Перечисленные психопатологические проявления в большинстве наблюдений характеризуются нерезкой выраженностью, стертой клинической картины. Ипохондрические расстройства обычно представлены относительно легким полюсом в виде сенестоипохондрии, тревожно-

ипохондрических опасений, реже отмечается сверхценная ипохондрия. Депрессия в структуре неврозоподобного состояния не имеет меланхолического аффекта, тревога также характеризуется стертыми проявлениями. Фобические расстройства (канцерофобия, страх перед кишечными кризами и др.) носят, как правило, незавершенный характер, некоторые психопатологические признаки навязчивого страха представлены рудиментарно (такие, как стремление личности к сопротивлению патологическому страху, отношение к страху как к чуждому, принудительно возникающему).

Интерес представляют данные, полученные при исследовании больных с *алиментарно-конституциональным ожирением* (АКО). Психопатологическая симптоматика определялась в этих случаях психогенными (невротическими) расстройствами в сочетании с патохарактерологическими, церебрально-органическими и психоэндокринными. Невротические расстройства наблюдались у 38% изученных больных (преимущественно в виде тревожной субдепрессии). У остальных больных (62%) клинические проявления при внешнем феноменологическом сходстве с невротическими нарушениями имели "органическую окраску", отличались монотонностью и спаянностью с психоэндокринным, психоорганическим синдромами. Формирование и динамика невротического симптомокомплекса у больных с АКО характеризовались отчетливой взаимосвязью с динамикой основного заболевания. Невротические

расстройства у одних больных сопутствовали развитию АКО с самого начала, у других возникали вторично как реакция на болезнь. При обоих вариантах возникновение невротической симптоматики определяло неблагоприятное течение заболевания с нарушением пищевого поведения, ограничением активности и прогрессирующим нарастанием массы тела.

Моделью функциональных нарушений деятельности ЖКТ, имеющих несомненную этиопатогенетическую связь с психогенными факторами, может служить синдром раздраженной толстой кишки. При этом речь идет о функциональной патологии толстой кишки в виде расстройств ее двигательной, тонической и секреторной функции, которые проявляются в диспепсических явлениях, болях, вздутии, урчании, дискомфорте в животе. Клиническое исследование больных с функциональными нарушениями толстой кишки показало, что соматические симптомы сочетаются у этих больных с разнообразными расстройствами невротического круга в виде астенического симптомокомплекса, тревожных ипохондрических проявлений, в ряде случаев — с истероидными или фобическими включениями. Начальные проявления болезни возникают в тесной связи с протрагированными или повторными психотравмирующими обстоятельствами и выражаются в эмоциональной лабильности, гиперестезии, повышенной реактивности, вегетативных расстройств, а также в преходящих болях в животе и расстройствах стула. В дальнейшем круг факторов, провоцирующих усиление

соматических жалоб, неуклонно расширяется и включает как психотравмирующие, так и специфические соматические вредности (нарушение диеты). Ухудшение функции кишечника усиливает беспокойство и тревогу, что приводит к формированию замкнутого круга, в котором психические и соматические факторы находятся в сложном взаимодействии.

Своеобразие неврозоподобных состояний в клинике гастроэнтерологии определяется, как показывают наблюдения, тесным слиянием психопатологических проявлений невротического регистра с симптомами основного заболевания, с характерными для данной органопатологии жалобами, которые могут иметь как соматогенное, так и функциональное происхождение (тошнота, анорексия, абдоминальные боли). Обычно эти жалобы стоят на первом плане в состоянии больных. При наличии объективно подтвержденного обострения хронического заболевания органов пищеварения их соматогенный характер не подвергается сомнению. Вместе с тем фиксация этих жалоб вопреки улучшению соматических показателей, отсутствие параллелизма между субъективными и объективными данными свидетельствует об их тенденции к психогенному закреплению. В таких случаях толерантные, резистентные к традиционному соматическому лечению симптомы становятся более динамичными при дополнении лечения психотропными средствами и психотерапией. В анамнезе указанные симптомы также не всегда коррелируют с

обострением желудочно-кишечного заболевания и возобновляются как от погрешности в еде, так и в результате нервного напряжения или психической травматизации. Таким образом, неврозоподобное состояние включает расстройства, характерные для основной соматической патологии, которые в динамике болезни носят то преимущественно соматогенный, то психогенно-функциональный характер.

Пограничные психические расстройства в ревматологии

Важное значение в современной медицинской практике имеет обследование больных ревматоидным артритом (РА), которым страдает около 1% населения различных стран мира. Сотрудниками Центра пограничной психиатрии была изучена динамика непсихотических психических расстройств, наблюдаемых у больных как перед развитием клинических проявлений РА, так и на различных этапах заболевания. Полученные данные позволили подтвердить точку зрения о том, что в развитии так называемых полиэтиологических болезненных нарушений, к которым относится и РА, большое значение имеет комплекс наследственных, аллергических и психологических факторов. Причем психоэмоциональное перенапряжение ("стрессовое" состояние) является причиной обострения аутоиммунных заболеваний. На модели изучения пограничных психических расстройств при РА можно подтвердить правомерность точки зрения о том, что имеются два вида патогенного влияния соматической

болезни на психическую деятельность: интоксикационное (прямое или опосредованное) воздействие на ЦНС и психогенное (реакция заболевшего человека на болезнь и ее последствия). У больных с РА наблюдаются полиморфные клинические проявления невротического уровня с преобладанием аффективных и астенических нарушений. Если на первых этапах течения болезни они коррелируют как с характером основного заболевания, так и с психологически понятной реакцией на болезнь, то по мере хронизации симптоматики РА и длительности заболевания формируется общий нозогенный комплекс, в котором психические расстройства (прежде всего сверхценные переживания своей физической и социальной неполноценности и личностные декомпенсации) по существу определяют состояние больного и весь его жизненный уклад. В этих случаях наблюдается сужение круга интересов и обязанностей, на фоне которого нередко формируются сенситивно-шизоидные и ипохондрические расстройства. Все это требует при длительном течении РА переориентации терапевтической тактики, включения в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий психотерапии и психофармакотерапии, что способствует не только симптоматическому облегчению состояния больных, но и оказывает существенное влияние на течение различных проявлений РА.

Пограничные психические расстройства в неврологии

У больных, находящихся в неврологическом отделении, наиболее часто неврозоподобная симптоматика обнаруживается на фоне церебрально-сосудистой патологии. В этих случаях обычно отмечается сочетание астенического симптомокомплекса и разнообразных личностных реакций: эмоциональной неустойчивости, тревоги, повышенной слезливости, которые нередко сопровождаются депрессивными проявлениями длительностью от 2—3 дней до нескольких месяцев. Больные с церебрально-сосудистым поражением особенно тяжело переносят волнующие события независимо от того, какими эмоциями они сопровождаются - приятными или тягостными. Частыми оказываются нарушения сна, взрывчатость, внезапно возникающие приступы страха, обсессивные явления. По мере течения сосудистого процесса все более утрачивается первоначальная зависимость неврозоподобных нарушений от физического состояния. Объективное улучшение соматического статуса не уменьшает выраженности психопатологической симптоматики; незначительное ухудшение самочувствия, легкая головная боль или кратковременное нарушение сна оказывают на этих больных сильное психотравмирующее влияние, вызывая тревогу, раздражительность, беспокойство, страх. Гипертрофированная реакция в ответ на любые мелочи, касающиеся здоровья, выраженный эгоцентризм и склонность к конфликтам подчас делают пациентов трудными для пребывания в стационаре, а также

способствуют повышенной восприимчивости их к ятрогенным влияниям.

Соматизированные депрессии в общемедицинской практике

Наиболее часто и вне зависимости от характера соматического заболевания у больных в общемедицинских учреждениях помимо комплекса астенических нарушений наблюдаются так называемые соматизированные депрессии. В известной мере депрессия в этих случаях является психическим эквивалентом неприятных ощущений в теле (существующих длительное время и не поддающихся какой-то объективизации), приступов усиленных сердцебиений, головокружений, тошноты, слабости. Именно эти пациенты становятся объектом бесплодных (часто многолетних) поисков соматической болезни. Они неоднократно стационарируются, подвергаются повторным обследованиям, а иногда даже и оперативному вмешательству. Отсутствие у врачей-интернистов достаточной осведомленности о существовании этих форм депрессивных состояний приводит к более позднему, чем это необходимо, направлению больных к психиатру. Обращает на себя внимание тесная связь соматических отклонений с чувством подавленности, тоски и тревоги, физические ощущения как бы сливаются с практически неотделимыми от них расстройствами настроения. У больных отмечается тенденция к постоянному анализу своих ощущений и возможных причин их возникновения, выискиванию у себя все новых симптомов соматического

неблагополучия. Снижение настроения расценивается этими лицами как естественное следствие "нераспознанного" заболевания какого-либо органа. Подавленность и тревога с немотивированными опасениями за свое здоровье, мрачные прогнозы в отношении будущего нередко полностью выбивают больных из активной жизни, приводят к значительному снижению их адаптационных возможностей.

Существование у больных депрессии (при жалобах исключительно соматического характера) доказывается наличием слабо очерченных, но несомненных признаков депрессии в общей картине состояния, цикличности в усилении и уменьшении соматических расстройств, отсутствием соответствия между объективным физическим статусом и тяжестью субъективного самочувствия, неэффективностью общесоматической терапии.

В процессе наблюдения обнаруживается сходство имеющихся клинических проявлений с типичными симптомами депрессии. Обращает на себя внимание витальный ее характер, наличие тоски, тревоги. Больные сами констатируют "пессимистический фон" настроения, утрату прежней активности и живости. Глубина аффективных расстройств оказывается, как правило, незначительной, тревога никогда не достигает уровня ажитации. Вместе с тем выявляются стойкие тревожные опасения по поводу своего здоровья, в некоторых случаях с явной ипохондрической фиксацией. Больные постоянно говорят о предстоящих неприятностях, связанных с их

соматическим недугом, ищут у окружающих поддержки и сочувствия.

Можно отметить некоторые особенности депрессивных расстройств в зависимости от того, при какой соматической патологии они наблюдаются. При сердечно-сосудистых заболеваниях в клинической картине преобладают заторможенность, быстрая утомляемость, слабость, вялость, апатия с неверием в возможность выздоровления, мысли о якобы неминуемо наступающей при любом сердечном заболевании "физической несостоятельности". Больные тоскливы, погружены в свои переживания, обнаруживают склонность к постоянному самоанализу, много времени проводят в постели, неохотно вступают в контакт с соседями по палате и персоналом. В беседе говорят преимущественно о своей "тяжелой" болезни, о том, что не видят выхода из создавшегося положения. Типичны жалобы на резкий упадок сил, на потерю всяких желаний и стремлений, на неспособность сосредоточиться на чем-либо (трудно читать, смотреть телевизор, даже говорить трудно). Больные часто строят всякого рода предположения относительно своего плохого физического состояния, о возможности неблагоприятного прогноза, высказывают неуверенность в правильности проводимого лечения.

В тех случаях, когда во внутренней картине болезни преобладают представления о нарушениях в ЖКТ, состояние больных определяется стойким тоскливым аффектом, тревожными сомнениями относительно своего

будущего, подчинением внимания исключительно одному объекту - деятельности желудка и кишечника с фиксацией на различных исходящих из них неприятных ощущениях. Отмечаются жалобы на "щемящее" чувство, локализующееся в области эпигастрия и внизу живота, на почти не проходящую тяжесть, сдавливание, распирающие и другие неприятные ощущения в кишечнике. Больные в этих случаях нередко связывают такие расстройства с "нервным напряжением", состоянием угнетенности, подавленности, трактуя их как вторичные.

Важно отметить, что лица, страдающие соматизированными депрессиями, обычно в течение длительного времени остаются вне поля зрения психиатров, поскольку имеет место невыраженность, "смазанность" клинических проявлений, когда психопатологическая симптоматика полностью имитирует картину соматических расстройств. Они оказываются пациентами поликлиник и стационаров общего профиля, находятся на учете в этих учреждениях с самыми различными диагнозами и не получают квалифицированной помощи. Из этого вытекает необходимость ранней диагностики рассмотренных расстройств, адекватный подбор медикаментозных средств в сочетании с психотерапией, что обеспечивает достижение лечебного эффекта и помогает проведению реабилитационных мероприятий.

Заключение

Представленные данные о пограничных психических нарушениях в общесоматической практике носят фрагментарный характер и не охватывают всех возможных форм и вариантов расстройств. Они лишь иллюстрируют общие закономерности их развития. Вероятно, при любом соматическом (неврологическом и др.) страдании возможны те или иные психопатологические проявления невротического уровня. Это обосновывает необходимость "сближения" современной пограничной психиатрии и общей медицины. Психиатр-консультант, которого зачастую приглашают в общесоматические учреждения лишь для оценки возникших психотических расстройств и организации перевода больных в психиатрические больницы, в последнее время все чаще осуществляет вместе с интернистами диагностическую и лечебную работу. Эта тенденция требует новых организационных решений и соответствующего определения роли и места психиатрии в общемедицинских стационарных и поликлинических учреждениях.

Буянов М. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков. Руководство для врачей и логопедов.
pedsoveti.mospsy.ru

Буянов М. Личность пациентов с системными психоневрологическими расстройствами

Изменения в клинических проявлениях любой болезни, зависимость этих перемен от различных факторов (личностных особенностей пациента, сопутствующих

заболеваний и т. д.) - весь этот комплекс явлений и есть динамика того или иного расстройства. Знание динамики болезни - на фоне лечения и без последнего - это в конечном счете знание ее прогноза. Умение же дать правильную информацию о прогнозе с незапамятных времен и по сей день считалось и считается показателем врачебного профессионализма.

Традиционно укоренилось мнение, согласно которому прогноз почти всех системных психоневрологических нарушений всегда благоприятный: заикание, тики, недержание мочи и т. д. с годами проходят и редко рецидивируют. В общем это заключение верно, хотя оно и было чаще всего основано не на конкретных исследованиях, а на здравом смысле врача, его житейском опыте.

О динамике неврозов

Течение системных невротических нарушений имеет те же закономерности, что и течение неврозов вообще. Эта динамика может быть прогностически благоприятная и прогностически неблагоприятная. Еще в 20-е годы XX века неврозы описывались в виде невротических состояний - именно такой терминологией пользовались основоположники детской психиатрии. Невротическая реакция это нечто кратковременное, длящееся минуты, часы, сутки, иногда недели. Затем симптоматика проходит как критическим, так и литическим путем. Последствий перенесенного невроза чаще всего нет или почти нет, хотя у некоторых и описываются остаточные явления невроза.

Мы включаем остаточные невротические явления в рамки более широкого понятия, описанного нами в 1968 году - в рамки повышенной невротической готовности. Последняя может быть результатом перенесенного невроза или быть в преморбиде лиц, угрожаемых в плане заболевания неврозом. Повышенная невротическая готовность это не болезнь, и при ней не очень заметны нарушающие адаптацию субклинические проявления невроза, это - крайний вариант психической нормы, чрезвычайно вариабельный, проявления которого зависят от множества самых разнообразных факторов. Повышенная невротическая готовность может быть условно сравнена с повышенной судорожной готовностью.

Признаками повышенной невротической готовности являются чрезмерная чувствительность, нервность, ранимость, склонность живо реагировать на всевозможные неблагоприятные воздействия различными маловыраженными, быстро переходящими и вытекающим из психофизической конституции индивида реакциями. Эти субъекты все принимают близко к сердцу. Человек с повышенной невротической готовностью (это не психоневрологический синдром, так как речь идет не о больных людях), помимо своей "тонкокожести" к определенным раздражителям, нередко обнаруживает отдельные (смягченные, невыраженные, субклинические) невротические явления: склонность к печали, чуткий сон, неровный аппетит и т. д. Наличие повышенной невротической готовности, которая не является

неизменной, качественно и количественно меняясь от полной гармонизации психики до возобновления невроза, говорит о повышенном риске повторения невроза, как бы прокладывает путь новому заболеванию. Если же невроз возник на фоне уже существовавшей повышенной невротической готовности, то наличие ее (как и дисгармонии в эмоционально-волевой сфере вплоть до уровня психопатии) затрудняет регрессиентную динамику невроза, способствует переходу невротической реакции в затянувшееся невротическое состояние.

Повышенная невротическая готовность может быть обусловлена множеством факторов и ни в коем случае не должна сводиться лишь к последствиям перенесенного невроза. Повышенная невротическая готовность может быть и задолго до появления невроза, являясь врожденным конституциональным свойством (например, у многих невропатов повышенная невротическая готовность сохраняется долгие годы, даже если большинство симптомов невропатии уже редуцировались) или приобретенным в результате длительного пребывания в психотравмирующих условиях, при соматической ослабленности и т. д.

Специфическая дисгармония личности преформирует картину невроза: в частности, такие пациенты редко воспринимают навязчивые явления, возникшие у них, как нечто совершенно чуждое личности, для них навязчивости как бы вытекают из структуры их личности, они неразрывный компонент личности.

Невроз может по разным причинам зафиксироваться и обнаруживаться месяцами и годами, подобное затянувшееся невротическое состояние - весьма нередкое расстройство в практике врача, ибо значительная часть пациентов с кратковременными невротическими реакциями до врачей-психиатров не доходит: больные излечиваются благодаря помощи невропатологов или педиатров, а также спонтанно. Стабилизация клинической картины, длительность и однообразие ее и являются главнейшими критериями диагностики невротического состояния. На любом этапе динамики невроз может редуцироваться, но если на этапе невротического состояния болезнь не редуцировалась, то она может перейти на третий этап динамики - этап невротического формирования характера, когда на первый план выходят не столько проявления невроза (к ним больной уже привык и не так болезненно, как прежде, реагирует на них), сколько изменения характера. Четвертым этапом является патологическое развитие личности, когда деформация личности пациента внешне стала близкой к психопатической. Первые три этапа шифруются по МКБ - 9 как неврозы, а четвертый - как психопатии. В отличие от всех исследователей этой проблемы мы стремимся разграничивать все четыре этапа, хотя это далеко не всегда возможно. В советской литературе больше употребляется термин "патологическое развитие (формирование, по В. В. Ковалеву) личности", в североамериканской - нередко говорят о невротическом развитии характера. По нашему

мнению, это не синонимы, обозначающие примерно одни и те же поражения, а этапы одного процесса.

Термин "патологическое развитие личности" был предложен в 1910 году Карлом Ясперсом (1883-1969). Им стали широко пользоваться примерно через четверть века. В частности, П. Б. Ган-нушкип (1933) применял его для обозначения разных вариантов динамики психопатий. Г. Е. Сухарева, Т. П. Симеон, Г. Н. Пивоварова и другие исследователи опубликовали много ценных работ по патологическим развитиям у детей и подростков. Особое внимание невротическим развитиям личности уделял О. В. Кербиков в своих публикациях начала 60-х годов. В 1970 году вышла монография Н. Д. Лакосиной "Невротические развития личности", в которой был обобщен опыт изучения этой патологии.

В детском возрасте нелегко разграничить понятия индивид и личность, в отношении взрослых людей такое разграничение необходимо и относительно легко достигаемо, индивид в основном биологическое определение, подчеркивающее принадлежность человека к Homo Sapiens, конституция это совокупность биологических свойств индивида. А что такое личность? Мнения ученых тут расходятся. Мы понимаем личность как комплекс всех биологических и социальных характеристик, включающий в себя такие понятия, как индивид, конституция, характер и т. д. Личность есть результат взаимосвязи биологического и социального. Понятия характер, конституция и т. д. в одинаковой степени

относятся как к людям, так и к животным. Понятие же личность касается лишь людей. Все иные понятия (характер и т. д.) соотносятся с понятием личности как частное с общим. Характер - узкое понятие, подчеркивающее лишь одно из свойств индивида и личности, а именно его индивидуальные психические признаки, проявляющиеся в поведении.

Психопатические личности это патологические конституции, неврозы же проявляются в нарушениях характера и социальных связей (т. е. затрагивают и личность, но частично), длительное течение невроза может привести к патологическому развитию характера, как более легкой нажитой патологии, и к патологическому развитию личности, как к более грубой и длительной нажитой деформации. В практической деятельности врача чаще обнаруживаются патологические развития (формирования) характера, чем патологические развития личности. Последние порой бывают внешне мало отличимы от патологических конституций (психопатий), хотя клинический анализ позволяет их четко разграничивать. При патологическом формировании личности существенно затрагиваются многие социальные и биологические компоненты: появляются дисфории, ипохондрические переживания, крайний эгоизм и т. д. Если при патологическом развитии характера нарастает отчуждение от микрообщества, страдает социальная интеграция, то при патологическом формировании личности имеется

социальная дез-адаптация с нередко криминальными наклонностями.

У пациентов с патологическим развитием личности больше биологических дефектов, более дисгармоничен преморбид, более заметна психопатологическая наследственность, чем у лиц с невротическим формированием характера. Впрочем, анализ этой проблемы заслуживает специальной публикации.

Если суммировать мнения многих исследователей, понятие патологического развития личности в традиционном понимании является сборным и включает невротические, постреактивные, патохарактерологические варианты, патологическое развитие личности при физических уродствах и хронических инвалидизирующих соматических заболеваниях (В. В. Ковалев именуется этот тип аномалии патологическим развитием личности дефицитарного типа) и различные смешанные в этиопатогенетическом отношении виды указанной патологии.

Астеническое, тревожно-мнительное, псевдошизоидное, возбудимое, истерическое и другие виды патологического развития характера могут тянуться долгие годы и десятилетия и, как всякая патология, протекают непрерывно, приступообразно либо периодически. Различаются они также и по темпу динамики, по скорости выявления, усиления и декомпенсации дисгармонии характера. Но сколько бы лет или десятилетий не отмечалось психогенное патологическое формирование характера, это все равно не психопатия (ведь поражаются

разные этажи психической конституции), хотя в некоторых случаях разграничить их бывает нелегко, так как часто существуют промежуточные, смешанные формы, при которых в той или иной степени дисгармоничны все сферы эмоционально-волевой жизни. Нежелание четко разграничивать патологические формирования характера, патологические развития личности и психопатии неминуемо ведет к вавилонскому смешению языков, ибо привычные термины теряют свой смысл. Выражение "нажитая психопатия" это, с одной стороны, всего лишь изящная метафора, литературный образ, а с другой - клиническая реальность, не имеющая к психопатиям отношения. В последнем случае речь идет обо всех видах нарушений характера непсихопатического генеза (но чем-то похожих на психопатию), т. е. к "нажитой психопатии" можно отнести все виды патологических формирований характера, все психопатопо-добные расстройства эндогенного и экзогенного генеза, и множество других нарушений. Иными словами, термин "нажитая психопатия" лишь подчеркивает (и не более!) факт, что помимо психопатий существуют самые разнообразные (как по степени выраженности, так и по происхождению) нарушения поведения непсихопатического ряда.

Когда диагностировать патологическое формирование характера, а когда патологическое формирование личности в детском и подростковом возрасте? Патологическое формирование личности более грубое, более заметное, биологически более детерминированное нарушение, но с

его диагностикой следует быть осторожным. Лучше придерживаться мнения П. Б. Ганнушкина о том, что пока не закончилось формирование личности, т. е. до 20-22-летнего возраста, диагноз психопатии (и, с нашей точки зрения, патологического развития личности) следует ставить чрезвычайно осторожно.

У детей и подростков чаще встречается патологическое формирование характера, а не всей личности.

Таким образом, нельзя диагностировать просто невроз без каких-либо уточнений, нужно всегда указывать какой этап динамики имеет место и какова клиническая форма невроза. Однако подобное деление этапов динамики неврозов имеет ряд недостатков. В связи с этим мы считаем допустимым распространить на неврозы подход, принятый для определения динамики многих соматических и психических болезней. В частности, еще в 30-е годы Г. Е. Сухарева предложила делить все виды течения шизофрении на три варианта: непрерывно-текущая, приступообразная и периодическая шизофрения.

Выступая на Всесоюзной конференции по неврозам у детей и подростков (М., 1986), мы изложили нижеследующие свои представления о видах динамики неврозоподобных, невротических и патохарактерологических расстройств у детей и подростков. После доклада развернулась дискуссия, участники которой отмечали: 1) неудовлетворенность существующими ныне динамическими систематиками указанных нарушений; 2) результатом этой неудовлетворенности является

стремление к созданию классификаций, основанных на многоосевом принципе; 3) предложенная классификация основана на общепризнанных закономерностях, имеющих широкое хождение в соматической медицине и в учении об эндогенных психозах; 4) предложенная систематика требует детального изучения и конкретизации. Итак, мы выделяем периодическое, приступообразное и непрерывное течение неврозов, пато-характерологических и неврозоподобных расстройств.

Периодический невроз характеризуется возникновением невротического нарушения (невротическая реакция, в редких случаях невротическое состояние и практически никогда невротическое формирование личности), после ликвидации которого в психике бывшего пациента не остается никаких выраженных последствий: состояние возвращается примерно к тому, каким оно было до болезни. Периодическое течение свойственно различным невротическим синдромам - тут прямой корреляции между типом течения невроза и его клинической картиной нет, хотя можно отметить известную предпочтительность отдельных невротических синдромов для этого типа динамики - периодическое течение больше свойственно истерическим и тревожным невротическим реакциям.

Впрочем, периодического течения, как такового, здесь нет: нет определенной фазности, регулярности в появлении симптоматики. Ведь появление невроза зависит от действия неблагоприятных ситуационных факторов. Например, у студентов порой возникают во время каждой

сессии астенические, анксиозные и иногда истерические расстройства. Они появляются лишь в определенном промежутке времени (во время сессии, являющейся мощным психогенным фактором) и после окончания сессии прекращаются. Иногда эти расстройства обнаруживаются лишь перед экзаменом и после сдачи экзамена бесследно проходят.

Мы не будем касаться проблемы взаимосвязи типа течения невроза и преморбидности пациента (это требует специального рассмотрения), но отметим, что тут главное и преморбид, и длительность действия психогенного фактора, его актуальность для личности.

Периодическое течение невроза может быть отнесено к невротической реакции, а иногда к невротическому состоянию. Главное здесь не периодичность течения, а отсутствие постприступных изменений личности, т. е. заметной повышенной невротической готовности.

Приступообразное течение невроза носит более продолжительный характер нежели периодическое и характеризуется появлением постприступных изменений личности после каждого приступа невроза, зависящего от психогенного фактора, но в возникновении и клиническом оформлении которого (т. е. невроза) играют роль различные сочетания факторов среды и почвы, отмечаются изменения личности по типу нарастания стойкой повышенной невротической готовности. Последняя со временем усиливается до такой степени, что самый незначительный, прежде безобидный ситуационный

фактор, на который больной раньше не обращал никакого внимания, уже становится патогенным и постепенно невроз становится непрерывным, когда со стороны уже трудно различать когда кончился один приступ невроза и начался другой.

Еще раз повторяем, что главным для диагностики того или иного типа течения невроза является не продолжительность и выраженность клинической картины невроза, а отсутствие, наличие или нарастание тех или иных изменений личности после невроза - в первую очередь выраженность уже упомянутой повышенной невротической готовности.

Темп динамики непрерывного течения невроза может быть различным - от вялого до быстрого, прогрессивного, с быстрым нарастанием невротического дефекта личности, когда наряду с невротической симптоматикой имеют место резкие нарушения социальной адаптации, конфликтность и другие проявления грубого невротического формирования личности.

Невротическое формирование личности может тянуться годами и существенно деформировать все компоненты личности. Подобное расстройство чаще всего отмечается у лиц с уже деформированным преморбидом и сочетанием действия множества неблагоприятных факторов.

Невроз может закончиться на любом этапе динамики, до нас же доходили обычно самые тяжелые пациенты, именно поэтому мы в основном и обсуждаем неблагоприятные варианты динамики неврозов, хотя в популяции они,

видимо, очень редки. Деление течения невроза на периодическое, приступообразное и непрерывное носит условный характер, тут возможны самые разнообразные смешанные формы. Мы не можем обсуждать все стороны вопроса течения неврозов (как и некоторые другие попутно возникающие) на страницах монографии, ибо это увело бы нас далеко от ее главных задач.

Динамика неврозоподобных проявлений

Неврозоподобные расстройства дизонтогенетического, энцефалопатического и смешанного генеза имеют регрессиентную динамику - к таким выводам приходили все, кто изучали их динамику. Именно поэтому они и относятся к группе непроецессуальных нарушений.

Регрессиентность обусловлена большими компенсаторными способностями человеческого мозга (особенно молодого). Темп же регрессиентности различен, в общем к 14-16 годам у двух третей пациентов с выраженными неврозоподобными расстройствами, возникшими на фоне дизонтогенеза или энцефалопатии, наступает более или менее стойкая компенсация. В частности, этот процесс обратной динамики резидуально-органических расстройств отчетливо заметен при катамнестическом изучении церебрастенических нарушений, сопровождавших большинство изученных нами больных с системными неврозоподобными расстройствами. Тут следует отметить, что катамнез церебрастении это не только катамнез резидуальной органической патологии, это в определенной степени еще и катамнез личностных особенностей,

складывающихся из действия множества факторов (в том числе и церебрастении).

Мы изучили динамику церебрастенического синдрома у 40 больных (23 женщины и 17 мужчин), родившихся в асфиксии и лечившихся в среднем 25 лет назад в психиатрическом стационаре по поводу пограничных психоневрологических расстройств, в структуре которых имели место признаки психического инфантилизма, жалобы астенического характера, системные неврозоподобные и невротические нарушения. Исключались больные шизофренией, олигофренией и т. д. Средний возраст этих лиц ко времени катамнеза 37 лет.

Асфиксия в родах, имевшаяся у всех 40 обследованных и о продолжительности которой мы не имеем четких сведений, ни в коей мере не может рассматриваться не только в качестве единственной причины пограничных психоневрологических расстройств, но не может быть также и единственной причиной церебрастенического синдрома, связанного не только с патологией перинатального периода, но и с неблагоприятно протекавшим внутриутробным и ранним постнатальным периодами (такое сочетание отмечалось у 24-х из 40 обследованных). В неврологическом статусе всех 40 больных с рождения имели место с годами уменьшавшиеся и ко времени катамнеза практически полностью исчезнувшие знаки органического поражения головного мозга; эти патологические микросимптомы имели место преимущественно со стороны черешю-мозговоч

иннервации, сухожильных рефлексов и вегетативной нервной системы.

На протяжении многих лет (и чем меньше был ребенок, тем больше были выражены) в сложной картине болезни преобладали быстрая истощаемость, утомляемость, головные боли, склонность к вегетативным и диэнцефальным реакциям, легкая отвлекаемость, раздражительность, некоторая инертность и другие церебрастенические признаки, которые становились особенно заметными, когда дети шли в школу. Не выдерживающие относительно продолжительного интеллектуального и физического напряжения, дети при всей своей старательности и нередко больших интеллектуальных посылках не могли продуктивно заниматься, нуждались в дополнительном отдыхе. К концу уроков и особенно в конце четверти состояние этих детей существенно ухудшалось, усиливалась отвлекаемость, раздражительность, истощаемость и пр.

Психофизическая невыносимость была тем фоном, на котором возникали другие расстройства, ставшие причиной госпитализации всех 40 пациентов. В состоянии декомпенсации они направлялись в стационар, где им проводилось лечение общеукрепляющими средствами (вливания глюкозы, витамины и т. д.), усиленное питание, послеобеденный сон, физзарядка. В 12-14-летнем возрасте в состоянии больных отмечалось некоторое ухудшение, частично связанные с гормональными пертурбациями в этом периоде. Усиливались головные боли, тошноты,

явления астении, нередко появлялись настроения и дисфорические эпизоды. Начиная с этого возраста, динамика церебрастенических признаков шла в 2-х направлениях: прогностически благоприятном и прогностически неблагоприятном.

У 28 обследованных в 14-18-летнем возрасте выраженность церебрастенических явлений, как и других пограничных расстройств, уменьшалась, улучшалась успеваемость, исчезали жалобы, нормализовалось поведение. Ко времени катамнеза они являются практически здоровыми людьми и выпали из поля зрения психиатра.

Иная динамика зарегистрирована у остальных 12 больных. Несмотря на то, что в 16-18-летнем возрасте и произошло некоторое уменьшение выраженности церебрастенических явлений, тем не менее элементы их сохранились ко времени катамнеза, как составная часть патологической конституции. Психофизическая невыносимость, повышенная истощаемость закрепились, стали характерологической особенностью, доминирующей частью аномального склада личности этих больных, постепенно сформировавшегося к 18-20-летнему возрасту. 9 из 12 обследованных оказались астеническими психопатами (4) или личностями с отдельными астеническими чертами характера (5); 3 других перенесли в 8-12-летнем возрасте дополнительные нейроинфекции и травмы головы, усилило церебрастенические явления, задержало редуцирование последних, вызвало расторможение влечений и способствовало, по-видимому, тому, что в последующем эти

больные оказались психопатическими личностями возбудимого типа. Сравнивая влияние разных факторов на динамику церебрастенического синдрома в том или ином случае, нельзя не отметить, что степень органического дефекта была примерно одинаковой у всех 40 обследованных, условия жизни у них также существенно не отличались. Однако у лиц с неблагоприятным вариантом динамики имелась значительная наследственная отягощенность патологическими личностями и больными шизофренией, чего нельзя сказать о пациентах, оказавшихся ко времени катамнеза здоровыми.

Существуют ли еще какие-либо закономерности динамики? На этот вопрос нельзя не ответить положительно. В частности, все типы течения неврозоподобных расстройств, обсуждаемые в монографии, укладываются в три традиционных основных типа динамики всех заболеваний - не только психоневрологических: мы имеем в виду периодическое, приступообразное и непрерывное течение. В клинических иллюстрациях, приводимых в разных разделах монографии, четко прослеживается различие в проявлениях неврозоподобных нарушений. Часто неврозоподобное заикание, тики и т. д. обнаруживались лишь в период ухудшения общего самочувствия под влиянием соматических заболеваний, декомпенсации, церебрастенин и т. д. Имел место период ухудшения соматического состояния - одновременно появлялись неврозоподобные расстройства, которые редуцировались по мере редуцирования соматического неблагополучия. В

межприступном периоде никаких неврозо-подобных нарушений не было.

Приступообразное течение неврозоподобных резидуально-органических реакций характеризуется возникновением этих расстройств вследствие какой-либо соматической или церебрально-органической провокации. После прекращения действия указанных факторов эти расстройства, уменьшившись в своих проявлениях, полностью не исчезают.

Любому практическому врачу хорошо известны указанные типы течения неврозоподобных расстройств. Например, у больного инфекционное заболевание с гипертермией. На высоте температуры обнаруживаются неврозоподобные страхи, ипохондрические переживания, недержание мочи и пр. По мере ликвидации признаков болезни и "астенического хвоста" все эти расстройства прекращаются. И так до следующей гипертермии. Это периодическое течение неврозоподобных расстройств.

Иначе проявляется приступообразное течение неврозоподобных нарушений. На высоте гипертермии, например, возникают вышеперечисленные симптомы, но они не проходят после ликвидации соматической болезни, а лишь уменьшившись, сохраняются, предрасполагая к усилению этих расстройств при повторной нейроинфекции, соматической болезни, ушибе головы. "Перенес грипп, и недержание мочи, появившееся во время гриппа, осталось. После следующего гриппа оно усилилось",- так нередко говорят пациенты или их родители.

Чаще всего встречается непрерывное течение неврозоподобных нарушений, когда неврозоподобные расстройства обнаруживаются независимо от соматического неблагополучия, хотя понятно, что в состоянии психофизиологической декомпенсации они усиливаются. Нередко сочетание приступообразного и непрерывного течения: на первых порах неврозоподобные расстройства обнаруживаются приступообразно, а затем становятся непрерывными, хотя в рамках последних могут выделяться волнообразные, медленно текущие, стационарные, злокачественные и другие варианты. Периодическое течение неврозоподобных резидуально-органических расстройств можно сравнить с органическими периодическими психозами (Р. Я. Голант, 1949), хотя нередко после первых 2-3 очерченных приступов отмечается уже приступообразное течение.

Все описанные виды динамики можно условно разделить на два типа: динамика с тенденцией к регрессиентности и динамика с тенденцией к про-грессиентности. После начала терапии у наших пациентов быстро обнаружилась отчетливая тенденция к регрессиентности. В общих чертах она выглядела так: непрерывное течение превращалось в приступообразное и периодичное, интервалы между обострениями увеличивались, а затем обострения прекращались. Но как расценить формы динамики у наших пациентов до начала комплексного лечения? Складывается впечатление, что в одних случаях имелась прогрессиентная динамика, а у большинства - замедленная, не очень

заметная, но все-таки регредиентная, резко ускоренная адекватной терапией.

Таким образом, для квалификации невротических, патохарактерологических и неврозоподобных непроцессуальных расстройств необходим много-осевой подход: 1) психопатологическая характеристика нарушения (навязчивый, истерический, истериоформный и т. д.); 2) вид динамики (периодический, приступообразный, непрерывный, смешанный); 3) направленность динамики: регредиентная или прогредиентная; 4) этап динамики (реакция - состояние - развитие характера - или личности).

Четвертая ось не идентична второй, ведь и при периодическом течении, допустим, невроза может быть невротическое состояние, а приступообразное течение может исчерпываться невротической реакцией с последующим нарастанием повышенной невротической готовности и усилением сдвига характера в сторону повышенной склонности к невротическому реагированию. В таблице № 9 представлены различные типы динамики разных видов недержания мочи и кала

Из 214 пациентов у 124 (57,9%) имелось непрерывное течение, у 60 (28%)-приступообразное, у 21 (9,9%) - периодическое и у 9 (4,2%) - смешанное. При изучении взаимозависимости между клиническими вариантами недержания мочи и кала и типом их течения отмечена высокая степень взаимосвязи: $C_i = 0,9$. У больных с непрерывным течением встречалось дизонтогенетическое недержание мочи в 77,4%, почти такая же доля (80%)

отмечена у больных с приступообразным течением. Среди больных с периодическим течением дизонтогенетические формы недержания мочи и кала отмечались реже - у 52,4%, со смешанным - не встречались вовсе.

Энцефалопатическим формам недержания мочи более свойственно непрерывное течение (61,5%), на втором месте - приступообразное течение (23,1%). У больных с невротическим недержанием мочи слегка преобладает непрерывный тип течения (33,4%), в остальных формах равномерное распределение по 22,2%.

Больным с патохарактерологическим недержанием мочи свойственно периодическое течение (60%), приступообразное и непрерывное в одинаковом распределении (по 20%). Невротическому недержанию кала в нашем исследовании более свойственно непрерывное течение, однако малое число наблюдений не позволяет со статистической достоверностью подтвердить эту закономерность. То же самое следует сказать и о патохарактерологическом недержании кала (из двух пациентов у одного имелось приступообразное и еще у одного периодическое течение). Более определенно можно говорить о преобладании типа динамики у лиц с одновременным сочетанием недержания мочи и кала: у 53,8% отмечалось непрерывное течение, у 23,1% - смешанное, затем приступообразное течение (15,4%) и у 7,7% имелось периодическое течение. Говоря о прогнозе недержания мочи, следует отметить одно обстоятельство: неоднократно пишущий эти строки был свидетелем того,

что у подростков или у взрослых больных в психотическом состоянии отмечалось недержание мочи, прекращавшееся после купирования психотического состояния. У всех этих пациентов в детстве тоже было недержание мочи, которое потом ликвидировалось. Однако место наименьшего сопротивления сохранялось и выявлялось в результате психоза.

В августовском номере 1986 года "Британского журнала по психиатрии" опубликована статья G .E. Berrios "Временное недержание мочи у острых психических больных без делирия и деменции". Автор работает в остром отделении Кембриджской психиатрической больницы, обслуживающей 125 тыс. населения. В течение года в отделение поступило 295 пациентов - у 14 из них отмечалось недержание мочи, появившееся в остром психотическом состоянии. Все 14 больных в детстве обнаруживали недержание мочи. Таким образом, примерно у 5% пациентов, страдавших во взрослом возрасте острым психотическим состоянием, недержание мочи возобновлялось (правда, на короткое время) в период психоза. Поэтому необходимо помнить о возможности вторичного недержания мочи в психотическом состоянии, которое следует скорее рассматривать не как рецидив когда-то имевшегося энуреза, а как самостоятельный симптом в рамках нового заболевания, хотя, конечно, возможен и обыкновенный рецидив.

О катamnестическом изучении пограничных психоневрологических нарушений

Когда в психоневрологии стал использоваться катамнестический метод, были получены конкретные данные, подтверждающие благоприятную динамику большинства системных психоневрологических расстройств. Однако авторы катамнестических исследований: 1) не разграничивали этапы динамики системных невротических расстройств и поэтому было неясно катамнезы каких невротических нарушений (реакций, состояний, развитии) изучаются; 2) не дифференцировали неврозы и неврозоподобные расстройства; 3) большинство авторов растворяли неврозы в психопатиях или психопатии в неврозах, поэтому, анализируя динамику системных психоневрологических расстройств, мы вынуждены будем касаться и проблемы психопатий.

Ю. В. Каннабих (1929) сообщает, что термин "катамнез" был предложен в 1868 году Карлом Людвигом Хагеном (1814-1888). Содержание, вкладываемое в этот термин, со времени Хагена не изменилось. Катамнез - это сведения о больном за период с момента выписки из больницы (или со времени выздоровления, улучшения после амбулаторного лечения) до настоящего времени - момента собирания катамнеза (В. С. Гуськов, 1965). В том, что катамнезы крайне важны и интересны для психоневрологии, никто не сомневается. Однако проведение катамнестических исследований сталкивается со множеством технических и этических трудностей - поэтому катамнестическое изучение психических

расстройств проводится редко.

Если катамнестический метод весьма давно применяется при изучении эндогенных, а также реактивных психозов и неврозов, то при исследовании других пограничных нервно-психических расстройств он стал более широко использоваться сравнительно недавно, хотя первые попытки делались еще в начале XX века. Так, в 1910 году была опубликована ныне незаслуженно забытая статья ассистента психиатрической клиники в Галле (ею тогда заведовал выдающийся психиатр Габриэль Антон, 1858-1933) Д. Пахантони, по-видимому, являющаяся одним из первых в литературе специальных исследований динамики пограничных психоневрологических нарушений с помощью катамнестического метода.

Следует особо подчеркнуть, что статья появилась в то время, когда ни один из крупных исследователей не сомневался в том, что моральное помешательство (понятие, близкое по смыслу психопатии и психопатопоподобным расстройствам в современном понимании) является стойкой патологией личности, сохраняющейся в течение всей жизни. В лучшем случае допускалась возможность некоторой компенсации состояния этих больных. Пахантони изучил катамнез 5 пациентов (4 мужчин и 1 женщина), которым в возрасте 21-23 лет был поставлен диагноз морального помешательства. Приводимые в статье подробные истории болезни показывают, что и в свете представлений конца XX века у этих больных, по-видимому, можно было бы диагностировать психопатию.

Продолжительность катамнеза составляла соответственно 11, 15, 18 и 19 лет. Оказалось, что все обследованные давно выпали из поля зрения психиатров и социально хорошо адаптированы, хотя в молодости отличались несдержанностью, конфликтностью, драчливостью, пьянствовали; в их характере имели место также истерические и эпилептоидные черты.

Пахантони указывает, что для неблагоприятного прогноза морального помешательства (Moral insanity) важно наличие выраженной психопатологической наследственности, интеллектуального дефекта, неудач в личной жизни, неблагоприятного стечения обстоятельств. Автор утверждает, что если исключить отмеченные выше неблагоприятные факторы, то прогноз будет неплохим, а использование лечебной педагогики заставит думать о будущем таких пациентов с вполне обоснованным оптимизмом.

Однако статья Пахантони прошла незамеченной и до 1971 года, когда вышел в свет упоминавшийся уже наш обзор по катамнестическому изучению психопатий и неврозов, нигде не цитировалась.

В отечественной науке родоначальником динамического изучения пограничных психоневрологических нарушений был, как известно, П. Б. Ганнушкин (1875-1933). В его классической монографии о психопатиях (1933) упоминается множество пациентов, у которых, помимо деформации характера, имелись недержание мочи и другие системные психоневрологические расстройства.

Особенно разносторонне динамику пограничных нервно-психических расстройств как в СССР, так и за рубежом начали изучать в 60-е годы. В советской медицине эти исследования связаны прежде всего с именем О. В. Кербикова и его сотрудников.

Все работы, касающиеся динамики патологии характера, на фоне которой имелись системные психоневрологические расстройства, мы делим на две основные группы. Одни из них посвящены катамнестическому изучению больных, которые уже сформировались как патологические личности. Вторая группа публикаций посвящена динамике аномальных свойств у больных, которых в детстве лечили по поводу расстройств поведения. Таким образом, если в работах, относимых к первой группе, речь идет преимущественно о динамике уже сформировавшейся психопатии, то в работах второй группы говорится о том, как меняются патологические черты характера ко времени завершения созревания личности (к 18-20 годам).

Из работ первой группы наибольший интерес представляет книга Райнера Тёлле. Объем выполненных исследований, данные, полученные автором, а также тот факт, что в монографии в значительной степени обобщается накопленный наукой опыт изучения динамики пограничных нервно-психических расстройств, заставляют остановиться на содержании этой работы. Автор поставил перед собой задачу выяснить, что стало спустя несколько десятилетий с теми лицами, у которых в 1928- 1941 годах диагностировалась психопатия (помимо этого у части

пациентов имелись тики, недержание мочи и т. д. - о динамике системных психоневрологических нарушений автор пишет лаконично, так как эта проблема его не занимала). В монографии использованы данные о 115 больных, средний возраст которых ко времени госпитализации в 1928-1941 годах был 27,7 года, а ко времени катамнеза - 55,5 года (средний возраст мужчин и женщин примерно одинаков). Работа Р. Телле показала, что примерно $1/3$ патологических личностей остаются таковыми на всю жизнь, но $2/3$ пациентов могут хорошо компенсироваться и в рамках своих возможностей оказываются терпимыми в обществе. Последние обычно выпадают из поля зрения врачей. Автор пишет, что у одних больных эта компенсация наступала оттого, что патологические черты их психики с годами сглаживались, у других компенсаторно развивались такие "уравновешивающие" черты, как аккуратность и педантичность, адаптация третьих шла по линии ослабления интерперсональных и социальных коммуникаций и развития своеобразной изоляции.

Данные, полученные Р. Телле и другими авторами, показали, что по существу нет таких психопатических личностей, патологические свойства которых постоянно, на протяжении всей жизни, были бы одинаково выражены. Оказалось, что на разных этапах жизни эти личности то обнаруживали психопатические качества, то были более или менее компенсированы. Важное значение для компенсации, по данным многих исследователей, имеют

достаточный уровень интеллекта, отсутствие дополнительных органических мозговых заболеваний, социальная среда.

И. Л. Кулев (1964), А. И. Селецкий (1968) и другие авторы, изучавшие динамику патологических свойств детей и подростков, пришли к выводу, что с наступлением зрелости часто наступает полная компенсация (О. В. Кербиков именовал ее "депсихопатизацией"). Правда, в этих случаях остается открытым вопрос о том, были ли эти дети в детстве психопатами в полном смысле слова.

Закономерности, полученные при катамнестическом изучении психопатий, в общих чертах идентичны данным катамнестического исследования неврозов, но катамнезы психопатий изучены куда лучше, чем катамнезы неврозов, - поэтому мы и анализируем их.

В 1968 году мы опубликовали данные катамнестического обследования 80 пациентов, отличавшихся в детстве выраженными чертами тормозимости в поведении и характере, позволявшими предположить, что впоследствии многие из них могут оказаться астеническими, тревожно-мнительными или шизоидными психопатами (у большинства обследованных были, помимо нарушений характера, тики, недержание мочи, заикание и т. д.). Оказалось, что примерно 1/3 больных ко времени катамнеза (средняя его продолжительность 20 лет) составляли психопатические личности, 1/3 больных имели лишь отдельные психопатические черты, а остальные либо

были здоровыми людьми (18 человек), либо болели шизофренией (11 пациентов).

При анализе данных, полученных в результате катамнестического изучения лиц, отличавшихся в детстве выраженным аномальным поведением, складывается впечатление, что обратное развитие патологических качеств характера имеет место далеко не всегда и не при всех видах патологического поведения. В тех случаях, когда патологический склад характера сформировался до 14-15-летнего возраста (психастеническая - мы предпочитаем заменять этим термином словосочетание "тревожно-мнительная" - и главным образом шизоидная психопатия), полной регрессионной динамики аномальных свойств, как правило, не наблюдается: чем раньше формируется ядро личности, тем меньше оно потом меняется. В тех же наблюдениях, где имели место малодифференцированные (в основном астенические и эксплозивные) формы патологического поведения преимущественно резидуально-органического происхождения, созревание особенностей личности происходило позднее (диагностировать, например, астенический характер можно с относительной уверенностью не ранее 20-летнего возраста, в то время как шизоидную психопатию можно диагностировать уже с 8-12 лет) и значительно чаще отмечалось регрессионное течение аномальных свойств. Этим в некоторой степени можно объяснить противоречивость полученных разными исследователями данных: авторы, изучавшие динамику

малодифференцированных форм аномального поведения, отмечали процесс компенсации своих пациентов весьма часто; исследователи, анализирувавшие динамику рано Дифференцированных и рано созревающих форм психопатий, этой компенсации очень часто не наблюдали. Итак, несмотря на немногочисленность и противоречивость полученных данных, катамнестический метод, как один из основных методов динамического изучения пограничных психоневрологических нарушений, уже принес несомненную пользу и имеет еще большее будущее. Именно широкое применение катамнестического метода сможет вывести, например, проблему психопатий из того тупика, в котором она находится в настоящее время, когда правильность классической концепции психопатий как качественно неизменных, наличествующих на протяжении всей жизни аномальной личности патологических состояний (многие авторы включают сюда и заикание, недержание мочи и пр., рассматривая системные психоневрологические расстройства как форму выявления декомпенсации психопатий или как фактор, способствующий нарастанию психопатизации) подвергается сомнению (во всяком случае в отношении части больных), а новое, постепенно возникающее в разных странах понимание психопатий, как меняющихся под влиянием различных факторов более или менее динамических образований, выглядит сейчас еще недостаточно убедительным и нуждается в дальнейшем уточнении и развитии.

Катамнезы показали также: гиподиагностика пограничных психоневрологических расстройств (особенно в детском возрасте) столь же опасна, как и гипердиагностика. На примере катамнестического изучения шизоидных психопатий (табл. 10) эта тенденция очевидна: чем в более позднем возрасте диагностировалась шизоидная психопатия, тем реже потом приходилось менять диагноз. Говоря о катамнестическом изучении неврозов, особенно в детском возрасте, следует отметить, что подобных исследований относительно немного. Однако и на основании полученных сведений можно прийти к выводу, что некоторая часть детских неврозов с годами, как правило, исчезает. Важнейшее значение для регрессиентной динамики пограничных расстройств детского и подросткового периода имеют особенности почвы (наличие признаков ранней органической неполноценности головного мозга, соматической ослабленности, психопатии, невропатии, наследственной отягощенности психическими расстройствами и т. д.) и условия жизни больных; благоприятная ситуация (даже в случаях патологической почвы) способствует регрессиентной динамике невротических симптомов.

Катамнестически обследовав спустя в среднем около 5 лет 188 пациентов, которые в детском возрасте лечились по поводу заикания, мутизма, энуреза (Петер Штрук не подразделяет их на клинические варианты, поэтому трудно сказать, какие это были пациенты), автор пришел к выводу,

что у 101 больного динамика патологии была положительной, лишь у 87 пациентов не наступило улучшения.

При катамнестическом изучении 37 больных в возрасте 4-16 лет, страдавших энкопрезом, выяснилось (Н. Meyerhoff, 1967), что через несколько лет здоровыми были 9 из 14 больных, страдавших энкопрезом без сопутствующих заболеваний (энурез, страхи и пр.). Тогур (1962), обследовав 237 пациентов, лечившихся у детского психиатра 2-15 лет назад по поводу тиков, обнаружил, что у 50% из них наступило выздоровление. Существует много работ, посвященных катамнезу заикания. Значение их, как правило, проблематично из-за того, что авторы подходят к заиканию как к единому заболеванию.

Часть исследователей стремилась выяснить как длительное течение тиков, заикания и других системных психоневрологических расстройств отражалось на формировании личности этих больных. В частности, О. А. Трифонов (1967) обследовал 86 человек, лечившихся в детстве по поводу так называемых моносимптомных неврозов, у которых тогда не отмечалось патологических свойств. Возраст их ко времени катамнеза составлял 19-30 лет. Из них были здоровы 37 человек, а 49 пациентов обнаружили психопатические или близкие к ним черты характера.

W. Spiel (1958) обследовал через 6-8 лет после первичного обследования 43 детей (29 мальчиков и 14 девочек),

которым ко времени катамнеза было по 12-19 лет. При госпитализации возникали диагностические трудности в плане дифференциации невротического и психопатического развития личности. Катамнез показал, что в дальнейшем 23 обследованных не являлись психопатами и в их характере не было аномальных свойств. Автор справедливо отмечает, что тем не менее даже при первой госпитализации подобных больных в их состоянии наблюдаются, как правило, симптомы, говорящие о том или ином заболевании, и что задача врача заключается в том, чтобы вовремя и правильно оценить их значимость.

При обследовании 80 лиц, страдавших с раннего детства невротическими и неврозоподобными расстройствами, было обнаружено (М. И. Буянов, 1968), что к 35-летнему возрасту у 75% пациентов эти нарушения исчезли. Еще менее изученным катамнестическим методом оказались случаи патологического развития личности у детей; именно отдаленный катамнез может показать динамику этих расстройств и их нозологическую принадлежность. Рассматривая один из вариантов астенического развития личности, как сложное образование, в структуре которого переплетаются затянувшиеся под действием разных причин и имеющие на разных этапах болезни различный удельный вес невротические, неврозоподобные, церебрастенические симптомы, психопатические, психопатоподобные расстройства и социально обусловленные формы неправильного поведения (в связи с чем это смешанное по

происхождению астеническое развитие личности может быть в детском возрасте формой становления астенической психопатии), мы катamnестически изучили в 1965-1967 г.г. 51 пациента. Все они лечились в среднем 23 года назад с диагнозом: астеническое развитие личности. Было выяснено, что ко времени катamnестического исследования 18 больных являлись психопатами, в характере и поведении 15 пациентов имелись отдельные аномальные свойства, не достигающие степени психопатии, сочетавшиеся с повышенной невротической готовностью, 7 человек были больны шизофренией, а 11 - психически здоровы.

Динамика психического инфантилизма

Проблема психического инфантилизма входит в широкий круг вопросов, касающихся патологии созревания различных систем организма. Помимо явлений, связанных с врожденным или рано приобретенным недоразвитием моторики, интеллекта и эмоционально-волевой деятельности, выделяют также недоразвитие органов, в связи с чем некоторые врачи-интернисты описывают почечный, печеночный и ряд других видов инфантилизма. Под специфической формой психического недоразвития - психическим инфантилизмом - мы понимаем сборную группу пограничных расстройств, встречающуюся в относительно самостоятельном виде преимущественно в детском и подростковом возрасте; больные с психическим инфантилизмом в нозографическом плане находятся внутри условного треугольника, сторонами которого являются психическая норма, легкие формы олигофрении и

психопатии. В зависимости от того, к олигофрениям, психопатиям или психической норме примыкают синдромы психического инфантилизма, Г. Е. Сухарева (1959) выделяют органический, дисгармонический, гармонический варианты психического инфантилизма, а также инфантилизм при гипогонадизме (гипогенитализме). К указанным типам инфантилизма мы добавляем инфантилоподобные расстройства как вариант психопатоподобного синдрома при эндогенно-психопатических, резидуально-органических и текущих органических заболеваниях головного мозга, и инфантильное развитие личности вследствие дефектов воспитания. Последнее может быть как в рамках психологической нормы, так и в рамках патохарактерологического формирования личности.

Более подробно проблема психического инфантилизма освещается в нашей монографии "Недержание мочи и кала", сейчас подчеркнем лишь то, что инфантилизм зачастую является фоном, на котором возникают самые разнообразные нервно-психические расстройства (в первую очередь системные) либо указанные нарушения могут сосуществовать друг с другом, имея общее происхождение и принципиально близкие друг к другу патогенетические звенья.

Динамика психического инфантилизма изучена мало (основные катamnестические данные об инфантилизме сведены в табл. № 11). Ясно одно: многие формы (особенно легкие) психического инфантилизма с годами проходят,

наступает деинфантилизация (этот термин опубликован нами в 1971 году, а предложили мы его в 1968 году), личность созревает и более или менее сравнивается со сверстниками.

Психический инфантилизм не может не отражаться на клинических проявлениях и динамике системных психоневрологических расстройств - этого мы будем касаться во время рассмотрения динамики конкретных системных нарушений, неустанно подчеркивая, что динамика системных психоневрологических нарушений тесно спаяна с динамикой личностных особенностей пациента, хотя абсолютная корреляция тут определяется не всегда.

2. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Смулевич А.Б. Психокардиология и основные аспекты психосоматической медицины. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 07/№ 3/2005. <http://www.consilium-medicum.com/>

Смулевич А.Б. Психокардиология и основные аспекты психосоматической медицины

По данным эпидемиологических разработок, ишемическая болезнь сердца (ИБС) достаточно часто обнаруживает коморбидность с соматоформными, нозогенными, аффективными и органическими расстройствами.

В соответствии с современными представлениями понятие “психосоматические расстройства” обозначает линии пересечения симптомокомплексов психической и соматической сферы, находящихся в различных коморбидных соотношениях.

Психосоматические расстройства отличает клинический полиморфизм, что находит отражение в их положении в классификациях психических заболеваний. В МКБ-10 психосоматические расстройства распределяются в следующих разделах: “Органические, включая симптоматические психические расстройства” (рубрики F04 – F07), “Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства” (рубрики F44.4 – F44.7, соответствующие психогениям, и F45 – “соматоформные расстройства”), а также “Поведенческие синдромы,

связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами” (рубрики F50 – F53).

В систематике, разработанной в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ РАМН, выделяются следующие разделы патологии, обнаруживающей аффинитет к расстройствам как психической, так и соматической сферы.

I. Конституциональные аномалии (невропатическая конституция) и психическая патология (патомимия, синдром Мюнхгаузена, соматопсихоз), реализующиеся в соматической сфере.

II. Психические (органоневротические) соматизированные/соматоформные расстройства, формирующиеся на патологически измененной (“соматической”) почве.

III. Психические (психогенные) расстройства, спровоцированные соматическим заболеванием – нозогении (реакции, развития).

IV. Соматическая патология, спровоцированная психическими расстройствами (психосоматические заболевания).

Психокардиология в общем виде (клиническая специфика психосоматических расстройств в кардиологии будет освещена далее) отражает параметры клинических расстройств, свойственных психосоматической медицине в целом.

В частности, явления патомимии, сопровождающиеся аутоагрессивным поведением, чаще всего наблюдающиеся

в дерматологической клинике, а также синдром Мюнхгаузена и соматопсихоз (I раздел систематики) в клинике сердечно-сосудистой патологии встречаются сравнительно редко, поэтому в ряду психокardiологических расстройств не рассматриваются.

Соответственно структура психосоматических соотношений, наблюдающихся в кардиологической клинике, может быть представлена в виде континуума, на одном из полюсов которого превалируют расстройства, обусловленные преимущественно психической, а на другом – соматической (серечно-сосудистой) патологией. Если следовать нозологическим критериям, то в пределах этого континуума может быть выделено 3 отдельные, клинически дифференцированные группы заболеваний: кардионевроз (нейроциркуляторная астенция, дистония, синдром напряжения, “солдатское сердце”); нозогении (психогенные реакции и развития, возникающие в связи с кардиологическим заболеванием); психосоматические заболевания в традиционном их понимании (варианты ИБС, протекающей по типу эмоциогенной стенокардии или психогенных инфарктов миокарда).

Наиболее спорной в плане интерпретации соотношений расстройств психической и соматической сферы представляется категория психосоматических заболеваний, занимающая центральное поле в представленном выше континууме.

Большинство психологически ориентированных концепций (в том числе психоаналитических) отражает

психоцентрическое направление – постулирует психогенез как линейную модель формирования психосоматических болезней. Такова концепция вегетативного невроза, предложенная в свое время F.Alexander и T.M.French, связывающая манифестацию психосоматических расстройств с актуализацией “бессознательных” конфликтов, сформировавшихся в результате ретенции подавленных эмоциональных реакций, концепции ре- и десоматизации (M.Schur) и др. К психоцентрическим принадлежит и концепция психосоциального стресса, воздействие которого также интерпретируется в качестве основной причины возникновения психосоматических заболеваний.

Вместе с тем в ряде клинических исследований (И.А.Мелентьева, 1994; Н.М.Михайлова, 1998; Н.П.Гарганеева, 2002; Б.В.Михайлов, И.Н.Сарвир и соавт., 2002; W.Loyallo, W.Gerin, 2003) выдвигается альтернативная приведенной выше точка зрения – в качестве первичной в генезе психосоматических расстройств рассматривается соматическая патология.

Полученные нами данные позволяют проанализировать проблему психосоматических болезней на модели ИБС – одного из наиболее тяжелых недугов современного общества. Конкретные результаты проведенных клинических исследований содержатся в соответствующих главах монографии, здесь же представлены основные, имеющие принципиальное значение положения.

Отнесение ИБС в целом как нозологической единицы к группе психосоматических заболеваний не соответствует клинической реальности. У многих больных ИБС развитие кардиальной патологии не обнаруживает связи с психогенными воздействиями, а протекает по “классическим” механизмам стенозирующего атеросклероза, когда клинические проявления болезни (от стабильной стенокардии больших напряжений до инфаркта миокарда и внезапной смерти) обусловлены ишемией миокарда вследствие физических усилий, тахикардии, высокого артериального давления и других обстоятельств, увеличивающих потребность сердечной мышцы в кислороде, – и так вплоть до коронарной окклюзии с инфарктом миокарда, возникающим, как правило, вследствие тромбоза в области “нестабильной” атеросклеротической бляшки. Вместе с тем нами выделен особый вариант ИБС, ряд клинических параметров которого свидетельствует о принадлежности к кругу психосоматических расстройств. Однако результаты проведенного исследования применительно к рассматриваемым наблюдениям не могут быть интерпретированы в плане психогенеза инициальных этапов кардиальной патологии. Основная отличительная особенность ИБС, отнесенной к рассматриваемому варианту, – реализация соматической патологии (манифестация, эскалация) при посредстве психического (психогенного) воздействия как на ранних стадиях ее развития (латентный этап), так и при уже

сформировавшемся клиническом синдроме. Мы полагаем, что такой подход справедлив и для многих других заболеваний.

ИБС, относящаяся к кругу психосоматических расстройств, в сопоставлении с другими, не обнаруживающими зависимость от упомянутых выше факторов вариантами заболевания, характеризуется (даже будучи в латентном состоянии) повышенной чувствительностью сердечно-сосудистой системы к определенным, выступающим в рамках ключевого переживания, кататимно заряженным психогенным воздействиям. По-видимому, именно с этими воздействиями чаще всего связаны случаи внезапной, последовавшей вслед за эмоциональным шоком смерти. Человека с явлениями сердечной патологии и одновременно обнаруживающего признаки сенсibilизации к определенному кругу психогенных влияний, воздействие отрицательных эмоций может приблизить к опасной черте. У части больных может иметь место сочетание “классического” и психосоматического вариантов течения болезни. Разумеется, речь не идет о больных с крайней тяжестью коронарного стеноза, у которых любой триггер может усиливать ишемию миокарда.

Особого внимания заслуживает проблема личностного предрасположения к формированию психосоматических расстройств. Положения, выдвинутые F.Dunbar в середине прошлого века и постулирующие наличие прямых связей между тем или иным типом психопатии и конкретным соматическим заболеванием, не получили в свете

современных исследований полного подтверждения. В этом аспекте спорной представляется и концепция личностного типа “А” как предиктора развития ИБС. Роль расстройств личности в кардиопсихиатрии в свете наблюдений авторов настоящей статьи не представляется столь однозначной. При рассмотрении этой проблемы должны учитываться не только фундаментальная структура конституциональной аномалии (тип расстройства личности, прототипического психозам и неврозам – шизоидное, параноидное, аффективное, истерическое, обсессивное), но соматотонические и соматопатические акцентуации – невропатическая конституция, ипохондрическая психопатия, алекситимия (А.Б.Смулевич, Э.Б.Дубницкая, Н.А. Ильина, 2003). Нередко именно эти акцентуации в ситуации соматического страдания влияют на внутреннюю картину болезни и определяют характер реактивной лабильности (нозогении – реакции на телесную болезнь, ипохондрические развития и др.).

Проблема дифференциальной диагностики собственно сердечно-сосудистых заболеваний и психокardiологической патологии, вовлекающей в свою сферу сердечно-сосудистую систему, чрезвычайно важна в каждодневной врачебной практике и имеет несколько аспектов. Современная клиника располагает огромными возможностями, чтобы правильно (за исключением казуистических случаев) диагностировать соматические заболевания. Однако на практике (по различным причинам) диагностические возможности врача могут быть

ограничены или не использованы в должной мере. Вероятна также ошибочная интерпретация полученных данных, в особенности результатов инструментальных исследований. Соответственно возможны как гипердиагностика, так и гиподиагностика соматической патологии.

Разумеется, чем выше квалификация врача и шире спектр доступных ему диагностических методов, тем менее вероятны “полярные” ситуации: ошибочная диагностика соматического заболевания у больного с психической патологией или, наоборот, психиатрический диагноз при нераспознанной соматической патологии. Обычно же речь идет о неверном понимании вклада психической и соматической составляющих в картину болезни конкретного пациента.

При обнаружении “органических” изменений со стороны сердечно-сосудистой системы возникает естественная тенденция объяснить весь комплекс жалоб и объективных симптомов в рамках одной болезни, что ведет к недооценке функциональных расстройств, психопатологической составляющей страдания. Наоборот, при недооценке соматической патологии все “списывается” на заболевание из круга психокardiологии.

Так, любые клинические и инструментальные признаки коронарного атеросклероза (типичный пример – несомненные “рубцовые” изменения ЭКГ у находящегося в хорошем состоянии пациента) или хотя бы наличие нескольких факторов риска (пожилой возраст, повышенное

артериальное давление, сахарный диабет легкого течения и пр.) могут подтолкнуть врача к преувеличению тяжести ИБС. С другой стороны, возможна недооценка не только ИБС, но и клапанных пороков сердца (даже в наше время они иногда в течение ряда лет не распознаются), кардиомиопатий и др.

В обоих случаях диагностическая ошибка ведет к неправильной лечебной тактике (в широком ее понимании сюда входят не только характер и интенсивность медикаментозной и иной терапии, но и психосоциальные аспекты, рекомендуемый уровень физической и иной активности и др.) и может иметь неблагоприятные, иногда весьма тяжелые последствия.

Основное практическое значение имеет дифференциальный диагноз между функциональными и психическими расстройствами и ИБС, поскольку именно здесь нераспознанная соматическая патология или недооценка ее тяжести могут приводить к наиболее неблагоприятным последствиям.

Дифференциальный диагноз облегчается, когда при достаточно полном исследовании отсутствуют признаки “органической” патологии сердечно-сосудистой системы и факторы риска, позволяющие предположить скрытые формы такой патологии или ее возникновение в недалеком будущем.

В целом, чем убедительнее признаки патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, тем сложнее и ответственней определение тех или иных жалоб

больного как “функциональных”, обусловленных психической патологией.

Даже при наличии отчетливых признаков соматизированных психических симптомокомплексов (выступающих в рамках аффективных, тревожно-фобических, кардионевротических или иных психических расстройств), сопровождающихся кардиалгиями и другими, характерными для функциональной патологии жалобами, врачу необходимо тщательно оценить состояние сердечно-сосудистой системы.

Наконец, боли в области сердца могут нередко иметь и экстракардиальный характер, будучи обусловленными заболеваниями органов дыхания, пищеварительной системы, опорно-двигательного аппарата и др. Диагноз этих заболеваний устанавливается обычно без особых затруднений, но имеется реальная опасность ошибочного отнесения к ним болей, обусловленных собственно заболеваниями сердца или состояниями, относящимися к кругу кардиопсихиатрии. Так, например, при обнаружении рентгенологических признаков остеохондроза и иной патологии позвоночника внимание врача иногда излишне устремляется в эту сторону, тогда как ИБС, другой патологии сердца и депрессивным состояниям не уделяется достаточно внимания.

Отдельной проблемой является коморбидность всех этих заболеваний с невротическими и другими психопатологическими состояниями.

Развитие психокардиологии (как и психосоматической медицины в целом) неразрывно связано с рядом организационных мероприятий. Речь в первую очередь идет о создании моделей оптимизации специализированной (психиатрической) помощи больным с сердечно-сосудистой патологией. В этом плане первостепенное значение приобретает организация соответствующей современным требованиям консультативной психиатрической помощи, предполагающей подготовку кадров, специализирующихся в области психосоматики, а также разработку образовательных программ для кардиологов, кардиохирургов и других специалистов, имеющих целью повышение уровня знаний в области клинической психиатрии и психофармакологической терапии. Как показывает опыт, наиболее эффективным в плане повышения квалификации интернистов (кардиологов) оказывается проведение специальных семинаров, симпозиумов, циклов лекции по узловым проблемам психосоматики и психокардиологии.

Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.

Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Гипертоническая болезнь

Со времени классических работ Г. Ф. Ланга гипертоническую болезнь определяют как болезнь центрального нейрогуморального, регулирующего АД аппарата.

Поскольку это определение характеризует биологические механизмы патогенеза, следует представить, в каких отношениях с ними находятся психические факторы.

Как и при разборе ишемической болезни сердца, начнем с фактов, полученных при изучении социальной эпидемиологии артериальной гипертонии.

Материалы эпидемиологических исследований позволяют установить различие частоты артериальной гипертензии в группах лиц, имеющих особенности социального плана (профессия, характер деятельности, образование, социальное положение и другие факторы).

Многочисленными работами было доказано, что частота гипертонических состояний увеличивается по мере приближения к урбанизированным центрам цивилизации, население которых вовлечено в ритмику современной жизни с ее напряженностью и ускоренным темпом, а также имеет широкую зону межличностных контактов, создающих возможность конфликтов.

Показано, что в странах Запада заболевание определяется чаще в зависимых социальных группах, выявляя связь патологии с действием социального пресса угнетения и унижения.

Изучение роли профессионально-производственных факторов показало увеличение частоты артериальной гипертонии в группах лиц, характеризующихся интенсивным нервно-психическим напряжением инженеры-администраторы, счетно-финансовые работники,

шоферы, телефонистки и телеграфистки из всех обследованных категорий имеют наибольшую склонность к повышению артериального давления.

Часто меняющаяся жизненная обстановка сопровождается настройкой адаптационных механизмов. Ситуация «стресса» предъявляет к ним повышенные требования, что проявляется различными свидетельствами адаптационного напряжения, в том числе повышением артериального давления.

Длительное наблюдение за динамикой АД в течение дня [Фолков Б. и Нил Э., 1976] показало, что в периоды эмоционально-напряженной деятельности происходит повышение как систолического, так и диастолического давления. Вести машину в сложных условиях современного города, выступать на собраниях, участвовать в конфликтах, решать сложные задачи в условиях дефицита времени, переживать неудачу – значит, отмечать каждый из этих эпизодов повышением АД. Значимость переживаемого события, а также особенности переживающего субъекта определяют как степень, так и длительность сдвигов показателей гемодинамики.

Подобная «ситуационная гипертензия» развивается в различных условиях. Описаны экзаменационные, полетные, предоперационные и многие другие варианты ситуаций, ведущих к повышению АД. Повышение давления регистрируется в приемном покое при поступлении больного в стационар и в день его выписки^ Нам неоднократно приходилось наблюдать больных, которые

реагировали на врачебный осмотр гипертензией; особенно значительными были сдвиги во время осмотра больного вместе с группой врачей-курсантов.

Известны «острые эпидемии» гипертонической болезни, возникшие после землетрясения в Ашхабаде и Ташкенте [Соломянный В. М., Бурмистров С. А., 1957; Умидова З. И. и др., 1969].

Нам, ленинградцам, хорошо знакома «блокадная» гипертензия. В годы Великой Отечественной войны было показано, что средние величины АД повышались в войсковых соединениях, приближавшихся к линии фронта.

Ситуация «стресса» может быть воспроизведена в лабораторных условиях, что дает возможность наблюдать последовательность развивающихся изменений гемодинамики. Так J. Brod (1970) показал, что острый эмоциональный стимул увеличивает показатели систолического и диастолического давления на 25–30 мм рт. ст. Подъем давления сочетается с изменением минутного объема кровообращения (МОК) с 5,5 до 9,1 л/мин, при незначительном снижении общего периферического сопротивления (ПС). В этих условиях заметно растет сопротивление почечных сосудов, выявляя вазоконстрикцию в спланхнической области. Увеличение сопротивления в сосудах кожи сочетается с падением сосудистого тонуса в мышечных артериях, что приводит к увеличению мышечного кровотока на 700 %. Одновременно нарастает мозговой и коронарный кровоток.

Исследование гормонов коры надпочечников, а также симпатических аминов в период экспериментального эмоционального стресса [Levi L., 1970] позволило установить и биохимическую базу наблюдавшихся гемодинамических реакций. Основой гипертензивной перестройки систем кровообращения было активизирование симпатического отдела вегетативной нервной системы, сочетавшееся с увеличением выделения глюкокортикоидов.

Следовательно, эмоциональный стресс реализуется комплексом гемодинамических сдвигов, важным компонентом которых является изменение распределения крови по отдельным сосудистым областям с нарушением почечного кровотока.

Изучение вегетативного звена эмоциональных реакций человека в его повседневной жизни затруднено как неопределенностью самого эмоционального состояния (поскольку характер реакции на ту или иную ситуацию зависит от ее индивидуальной значимости), так и исходно различными свойствами реагирующих структур аппарата кровообращения. Значительно удобнее наблюдать психосоматические связи при аффективных психозах. В главе 3 мы описали особенности поведения АД при различных вариантах течения МДП. Особенно яркими могли быть изменения при переходе из одного типа эмоциональных расстройств в другой.

Так, у больного в анергическом варианте депрессивной фазы при лечении мелипрамином АД имело довольно

постоянную величину – 90–100/50–55 мм рт. ст. В день перехода из депрессии в маниакальное состояние мы наблюдали резкий скачок до 205/100 мм рт. ст. Как показало проводившееся параллельно изучение экскреции катехоламинов, при подобных гемодинамических перестройках имело место значительное увеличение выделения норадреналина и ванилил-миндальной кислоты, сигнализирующее об увеличении активности медиаторного звена симпатико-адреналовой системы.

Изменение артериального давления складывалось из различных соотношений МОК и ПС. Интересно, что сходные по величине показатели артериального давления у больных МДП имели разные составляющие в зависимости от возраста больных и типа аффективного нарушения. Так, в группе больных до 40 лет чаще (до 60%) наблюдалось увеличение МОК (более 7 л/мин) при нормальном или сниженном ПС (менее 1200 дпн (см³/с)) (гиперкинетический вариант гипертензии), тогда как в старшей возрастной группе чаще наблюдались нормальные или сниженные величины МОК (менее 3,5 л/мин) при повышенном ПС (гипокINETический вариант).

При переходе из депрессивного в маниакальное состояние также происходило изменение типа циркуляции: нарастал МОК, снижалось ПС; таким образом, кровообращение изменялось так же, как при физической нагрузке.

Изучение изменений артериального давления при повторных фазах психоза и в состоянии ремиссии

позволяет представить естественную динамику становления гипертонической болезни. Так, у ряда больных, которые наблюдались нами в Институте им. В. М. Бехтерева в течение 10–12 лет по поводу МДП, отмечалась тенденция к повышению АД в первые фазы психоза, при переходе в ремиссию показатели нормализовались. При повторных фазах психоза величины АД возрастали, изменялась гемодинамика и в следующих за ним периодах ремиссии, проявляя отчетливую тенденцию к стабилизации гипертензии. Таким образом, длительные эмоциональные расстройства, сочетающиеся с гипертензивными реакциями, постепенно изменяли «поведение» сердечно-сосудистой системы, приводя к формированию сначала прессорной доминанты ее реагирования, а затем и к стойкой артериальной гипертензии.

Следует отметить, что подобная перестройка наблюдалась не у всех больных. Способствующими факторами можно считать:

а) возрастные особенности реакций (стабилизация гипертензии облегчалась в возрасте старше 40 лет); б) конституционально-генетические особенности больных (особое значение имели случаи гипертензии среди ближайших родственников больного и ожирение); в) перенесенные заболевания почек, а также последствия травмы мозга.

Представив принципиальную возможность связи повышения артериального давления с психоэмоциональным

напряжением, следует разобрать результаты изучения личности больных гипертонической болезнью.

К настоящему времени накопился обширный материал описаний личностных особенностей больных этим заболеванием. Однако использование различных методик психологического обследования, отсутствие согласованных критериев оценки их результатов затрудняют построение общего психологического портрета больного, а разноречивость данных делает сомнительной возможность создания такого образа [«О личности больного», 1977].

Президент Голландского общества психосоматических исследований Н. Musaph использовал сюрреалистическую символику для изображения на обложке издания трудов «Психосоматика при эссенциальной гипертензии» (1970) собирательного портрета больного. Его грудь служит основанием вулкана, зияющая пасть кратера извергает глыбы камней, бомбардирующего мозг, один глаз представлен циферблатом часов, другой – листком календаря, силуэты самолетов, кораблей, поездов формируют черты лица... Образ впечатляет концентрированным выражением зависимости патологии и от вулкана страстей, и от потока времени, и от вереницы событий. Однако литература, посвященная личности больного ГБ, не носит столь яркой художественной завершенности.

В работах «ранних» психосоматиков [Binger C., 1951; Alexander F., 1950; Harris W., 1953] подчеркивались как основные личностные черты больных ГБ: скрытность, упрямство, неудовлетворенность собой и окружением,

враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения, что приводило к постоянной внутренней напряженности и тревоге. Однако в дальнейших исследованиях отмечались и неуверенность, и личностная несостоятельность, и чувствительность к критике, и тенденция обнаруживать интенсивную реакцию в форме депрессии на психологический стрессор.

J. Bastiaans (1969) попытался объединить гиперстенпческие и астенические черты больных, считая, что только поверхностный анализ обнаруживает в них и самообладание, и честность, и искренность, и аккуратность, и обаяние, и дружелюбие, тогда как за этим нормальным и положительным фасадом скрывается нерешительность, чувствительность, ранимость, недостаток уверенности в себе и нарушение внутреннего равновесия, свидетельствующие о дисгармоничности в структуре личности.

Дисгармоничность, акцентуированность личностных характеристик больных отмечена в работах Ленинградского института им. В. М. Бехтерева [«О личности больного»..., 1977] и в исследованиях последних лет, проведенных в 1-м Московском медицинском институте [Вейн А. М., Соловьева А. Д., 1973; Комаров Ф. И., Вейн А. М., Коцюк С. Н., 1977]. Особенности личности выступают, по мнению А. М. Вейна, как фактор, обуславливающий неадаптивное поведение вегетативных реакции, сопровождаясь избыточным увеличением тонуса сосудов сопротивления при

физической нагрузке и недостаточным приростом сердечного выброса при психологическом напряжении.

Опыт изучения личности больных соматическими заболеваниями, накопленный нашей кафедрой, позволяет считать, что патогенное значение имеют различные по характеру особенности структуры личности, способствующие нарушению возможностей психологической защиты, пролонгированию эмоциональных реакций и нарушению адаптации. Сочетание этого неспецифического личностного синдрома с длительно действующими факторами профессионального, бытового и социального плана создает состояние застойного эмоционального напряжения, реализующееся при наличии биологического предрасположения повышением артериального давления.

Приведенные выше факты «участия» эмоциональных нарушений в развитии артериальной гипертензии при всей своей яркости не раскрывают конкретных звеньев в цепи явлений, развертывающихся при этом в системе регуляции АД и приводящих к стабилизации гипертензии.;

Изучение механизмов становления первичных нарушений в деятельности мозга, развивающихся в нем под влиянием эмоциональных перегрузок, было осуществлено работами физиологов [Судаков К. В., 1976].

Функциональная система, обеспечивающая оптимальный уровень АД в организме, представлена центральными и периферическими звеньями. Повышение АД при эмоциональных перегрузках связывается с

возрастанием тонических влияний лимбикоретикулярных образований мозга на бульбарные симпатические отделы сосудодвигательного центра. Выход из состояния эмоционального возбуждения ликвидирует гемодинамические сдвиги. В нормальных условиях противогипертонические влияния депрессорного барорецепторного механизма, увеличивающегося почечного диуреза, активированных почечных простагландинов и других защитных механизмов оказываются достаточными для поддержания сердечно-сосудистого гомеостаза. Отклоняющие воздействия отрицательного эмоционального стресса преодолеваются противогипертоническими механизмами, что объясняет кратковременность сдвигов АД в подобных состояниях. Таким образом, осуществляется действие золотого правила нормы [Анохин П. К., 1968], согласно которому в нормальном организме максимальная защита всегда сильнее максимального отклонения.

Тонкими нейрофизиологическими исследованиями было показано, что прессорные и депрессорные регуляторные влияния встречаются на одних и тех же нейронах спинного и продолговатого мозга, а также гипоталамуса.

Ведущей причиной, нарушающей равновесие этой сбалансированной системы, являются длительные, застойные психоэмоциональные перенапряжения, особенно при их сочетании с выраженным неудовольствием. В эксперименте подобное состояние создается в условиях

многочасовой стимуляции отрицательных эмоциогенных центров гипоталамуса. По мнению К. В. Судакова, при такой постановке эксперимента можно проследить всю «естественную историю развития артериальной гипертонии» от транзиторной фазы борьбы за «влияние» прессорных и депрессорных механизмов до развития устойчивого прессорного преобладания. Основную роль в центральной прессорной доминанте выполняет активирование адренергических структур среднего мозга. Однако, как показала серия экспериментов с адреналэктомизированными животными, формирование устойчивого повышения АД не происходит без включения гормонов надпочечников. Оказалось, что надпочечники при эмоциональном стрессе возбуждаются на первых этапах эмоциогенной стимуляции, ранее повышения АД. Выделяющиеся при этом кортикостероиды и адреналин при определенных условиях могут воздействовать на адренергические образования ретикулярной формации, усиливая и продлевая ее тоническое влияние на центры продолговатого мозга. Таким образом, формируется «порочный» круг: первично возникающее в условиях эмоционального стресса возбуждение лимбикоретикулярных структур мозга вторично усиливается и поддерживается действием на них гормонов надпочечников.

Иные стороны проблемы психогенной АГ представлены в работах, проведенных в Сухуми Ю. М. Репиным и В. Г. Старцевым (1975). В серии экспериментов на обезьянах

авторы смогли показать, что иммобилизация животных, находящихся в состоянии доминирующего агрессивно-оборонительного возбуждения (бегство при сигнале угрозы), приводит к устойчивой диастолической гипертензии. Развивающееся заболевание имело хроническое течение, сочеталось с ожирением, изменениями артерий атеросклеротического характера, клиническими и морфологическими признаками ишемической болезни сердца. Симпатико-адреналовая активация начального периода сменялась признаками истощения этой системы в стадии стабилизации гипертензии. Стероидные гормоны коры надпочечников, выделяющиеся при формировании патологии в значительных количествах, претерпевали выраженные изменения при хронизации заболевания: содержание в крови 17-ОКС уменьшалось в 3–4 раза в сочетании с увеличенным выделением одного из метаболитов гидрокортизона, отсутствующего у здоровых животных. Следовательно, возникала картина «дискортицизма», наблюдаемого у ряда больных гипертонической болезнью.

Нет сомнений в том, что попытки объяснить природу заболеваний человека на основании экспериментов связаны с упрощениями и схематизацией сложных явлений патологии. Однако вряд ли может оспариваться сходство физиологии разобранного опыта с физиологическими процессами, развивающимися при волевом подавлении человеком этически или юридически недопустимых выражений ярости или страха. Ю. М. Репин и В. Г. Старцев

считают, что психосоматические заболевания возникают только на том этапе эволюционного развития млекопитающих (на уровне низших приматов), когда формируется социально-подобная регламентация поведенческих стереотипов, проявляющаяся произвольным торможением внешних – двигательных компонентов пищевой, половой или агрессивно-оборонительной реакций.

Например, человек обладает набором черт, которые можно отнести к положительным личностным качествам: он добр, внимателен, приветлив, принципиален и деловит. При таких свойствах характера конфликтные ситуации и в быту, и на производстве будут возникать редко, тогда как злой, обидчивый, капризный, эгоцентричный человек станет постоянным генератором конфликтного поля высокого напряжения, которое будет окружать его в любой обстановке.

Движение от конфликтной ситуации до ее выражения в изменениях АД проходит через ряд промежуточных инстанций, на которых первичный сигнал может быть изменен как в сторону усиления, так и ослабления, вплоть до полной его блокады. Личностные механизмы оценки значимости ситуации и принятия решения к действию, биологические свойства центральных аппаратов эмоций, исходное состояние гипофизарно-надпочечниковой системы, фенотипические и возрастные особенности периферических исполнительных механизмов – на каждом из этих этапов происходит трансформация сигнала.

Многофакторная обусловленность ответа висцеральных систем на изменение ситуации является основной причиной неопределенности и непостоянства сдвигов в их поведении при той или иной стимуляции.

Нам представляется малореальной возможность построения единой схемы патогенеза гипертонической болезни, так как в каждом случае будет выявляться различная степень заинтересованности отдельных звеньев патогенетической цепочки.

Разбирая воздействие психических факторов на течение заболевания, его своеобразие, необходимо представлять, что клиническая картина гипертонической болезни складывается из проявлений перегрузки миокарда (боли в области сердца, нарушения сердечного ритма, признаки сердечной и коронарной недостаточности), а также нарушений мозгового и периферического кровообращения, зависящих от периодически возникающего повышения АД и других причин.

Богатство субъективной симптоматики (цефалгия, кардиалгия, «ревматизм» гипертоников, астения) тесно связано с особенностями личности больного, выражая в значительной мере такие ее свойства, как сенситивность, склонность к ипохондрии и тяжесть тревоги. Развитие тревожно-депрессивного синдрома, наблюдающегося у больных гипертонической болезнью, довольно часто дополняет клинику заболевания крайне тягостными переживаниями, а также соматическими признаками симпатико-адреналовой активации (тахикардия, изменение

конечной части желудочкового комплекса ЭКГ, похудание, отсутствие аппетита, диабетоподобные расстройства углеводного метаболизма, запоры и др.). Отнюдь нередко, разбирая динамику основных клинических проявлений заболевания, можно установить формирование психосоматической спирали отягощения страдания. Реальные нарушения, гемодинамики, характерные для болезни (ангиоспастические состояния, снижение венозного тонуса, нарушающее отток от различных сосудистых областей, дистрофия миокарда при его перегрузке), вызывают неприятные ощущения, которые при наличии элементов тревожной мнительности, ипохондричности или склонности к депрессии интерпретируются как угрожающие жизни нарушения, что, с одной стороны, увеличивает остроту их восприятия, а с другой – провоцирует патологическую личностную реакцию на заболевание (фобический, тревожно-депрессивный, ипохондрический и другие синдромы), в свою очередь, увеличивающую степень повышения АД и тяжесть сосудистых нарушений.

Принципиально важно установление нейропсихологических предпосылок для особенно тяжелого течения ГБ с частыми кризами. Больные, характеризующиеся «кризовым» течением ГБ, по своим личностным особенностям отличались выраженной эмоциональной лабильностью, легко расстраивались даже по незначительным поводам, были вспыльчивы, имели агрессивные тенденции, но гнев проходил у них довольно

быстро, фронт конфликтных отношений был довольно обширен, тревога наблюдалась постоянно [«О личности больного...», 1977].

И. К. Шхвацабая (1977) рассматривает гипертонический криз как проявление нарушений общих (центральных, нервно-гормональных) и местных (почки, мозг) механизмов адаптации к стрессорным воздействиям на фоне измененной реактивности сосудов к прессорным влияниям. Базой таких нарушений он считает дисфункцию гипоталамической области (по электроэнцефалографическим и биохимическим – гормональным признакам), что может выражать приведенные выше психологические особенности больных.

Итак, гипертоническая болезнь так же, как и ишемическая болезнь сердца, на всех этапах своего становления и течения может иметь различные связи с психологическими факторами, игнорирование которых обедняет понимание патологии и нередко лишает врача возможности избрать грамотную терапевтическую тактику.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: Медицина, 1996. - С. 258-262.

Пезешкиан Н. Инфаркт миокарда

Способность принимать любую нагрузку близко к сердцу

Определение

Инфаркт миокарда возникает в результате закупорки коронарных артерий. Если прерывается кровообращение, то пораженная сеть сердечных сосудов перестает получать кислород; это приводит к разрушению тканей сердечной мышцы. В медицинской литературе приводятся следующие факторы риска: наследственная предрасположенность, повышенное содержание жиров в крови (холестерин, триглицериды), повышенное систолическое и диастолическое кровяное давление, курение, избыточная масса тела и малоподвижный образ жизни.

Симптоматика

Инфаркт миокарда обычно случается внезапно, иногда даже при физическом покое, часто даже ночью. Почти всегда он сопровождается сильными болями. Однако бывают и «немые» инфаркты, которые протекают безболезненно и могут быть замечены только по преходящей слабости и недомоганию.

Транскультурный аспект и эпидемиология

С 1987 г. в Германии ежегодно коронарной болезнью сердца заболевали около 500 000 человек, из них 250 000 переносили инфаркт миокарда; от последнего умирают примерно 100 000 человек.

Статистика ВОЗ фиксирует отчетливый рост ишемической болезни сердца в различных европейских странах. Исследование проведенное в 7 странах, показало, согласно данным Keys (1970), различную частоту коронарной болезни сердца. Поданным Европейской Согласительной конференции (ЕЕС), ежегодно в Германии

можно было бы избежать при помощи превентивных мероприятий около 10 500 инфарктов, что составляет 23 % всех случаев. Если раньше соотношение между заболевшими мужчинами и женщинами было 1:1, то в последние годы риск заболевания изменился к новому соотношению 1,3:1. Некоторые авторы объясняют это возросшим числом женщин, выполняющих типично мужскую работу и связанным с этим стрессорным фактором.

Siebeck (1949) и Weizsacker (1949) допускали, что психический фактор наряду с органическим может играть роль и возникновении инфаркта миокарда. Dunbar (1944) на основании глубинного психологического анализа был составлен типичный личностный профиль пациента с коронарными заболеваниями. Подобные особенности обнаружили Rosenman и Friedman (1968) в проспективном эпидемиологическом исследовании.

Пословицы и народная мудрость

Принимать близко к сердцу; это разрывает мне сердце; сердце разрывалось от радости; этот груз лежит у меня на сердце, чистосердечно признаться; удар в самое сердце.

Аспекты самопомощи: развитие инфаркта миокарда с точки зрения позитивной психотерапии

Наблюдение, что люди с отдельными факторами риска или вообще без них также могут страдать инфарктом миокарда и что, напротив, люди, несмотря на факторы риска, могут не подвергнуться инфаркту, способствовало появлению первого сомнения в чисто соматической природе этого заболевания. Было сделано предположение,

что и физические факторы риска могут иметь психическую предысторию (ср., напр., Kornitzer et al., 1982). Предпочитаемой сферой переработки конфликтов у пациентов с инфарктом миокарда является тело. Оно полностью поставлено на службу концепции достижения. Фирма, партия или другие институты часто занимают при этом место межличностных отношений. Контакты в этой связи имеют значение только когда, когда они важны для стремления к профессиональному росту или социальному признанию. Установку по отношению к настоящей жизни и к будущему можно охарактеризовать как «постоянную озабоченность» и «требующую какой-либо активности». При анализе ситуации в семье пациентов с инфарктом миокарда часто обнаруживается недостаток материнской любви, обусловленный разлукой или смертью. По отношению к отцу выясняется, что он не являлся авторитетом или помощником. Отношения родителей между собой нередко характеризовались конфликтом доминантности. Общение с людьми вне семьи было ограниченным. Надежда родителей концентрировалась на достижениях детей. Как чутко и разнообразно сердце реагирует на чувство, очень хорошо подмечено людьми и отражено в различных крылатых выражениях. При инфаркте миокарда можно сказать, что у человека «разбивается сердце».

Другие признаки:

- ◆ (тошнота)
- ◆ (рвота)

- ◆ (диспноэ)
- ◆ («острый живот»)
- ◆ («колики»)

Типичные симптомы:

- ◆ страх смерти
- ◆ боль
- ◆ продолжительность приступа более 20 мин
- ◆ неэффективность применения нитропрепаратов
- ◆ влажные, холодные кожные покровы
- ◆ нарушения ритма сердца

Терапевтический аспект

Описание случая: «У меня было назначено много деловых встреч. В таких условиях просто нужно было заработать сердечный приступ!» Проводник 42 лет был направлен ко мне на прием своим лечащим врачом-терапевтом. В 1988 г. наряду с другими расстройствами у него был диагностирован инфаркт миокарда задней стенки. Я заметил, как сильно больного беспокоили сердечные жалобы, и потому попытался при помощи притчи «Нужное слово» установить взаимосвязь между его органическими нарушениями и его мыслями и чувствами, которые он словами с трудом мог выразить. Эта история надолго завладела его вниманием. В известной степени она уже предопределила стратегию его лечения, важнейшие черты которого разрабатывались на стадии расширения системы целей. Чтобы от симптома прийти к конфликту, я предложил ему позитивную интерпретацию его недуга: «У меня такое впечатление, что Вы подвергаетесь множеству

перегрузок и принимает их близко к сердцу (...)» Больной среагировал так: «Когда я думаю о том, что я должен преодолеть, у меня сердце готово выпрыгнуть наружу (...)». На вопрос, что с ним произошло в последние 5-10 лет, пациент назвал 11 пунктов, которые я привожу здесь в хронологическом порядке:

1979 г. Рождение второй дочери. Супруга к этому моменту была полностью поглощена своей материнской ролью, и брак нашего пациента с годами в телесной сфере и в области контактов стал разрушаться отчуждением жены.

1981 г. Перемена места работы, однако через полгода пришло понимание того, что дальнейшее продвижение по службе невозможно.

1983 г. В поисках хобби, которое увлекло бы его (раньше был активным спортсменом), он начинает с сооружения воздушных змеев.

1985 г. Организация своего собственного дела, в котором сначала участвовала и жена.

Ноябрь 1987 г. Узнал, что теще осталось жить всего несколько месяцев. Большая занятость супруги и еще меньше близости в браке.

Февраль 1988 г. Легочная эмболия, которая диагностирована только спустя 10 дней. После госпитализации посещение различных врачей, чтобы выяснить причину эмболии. Исследования ничего не дали.

Июнь 1988 г. Смерть тещи.

Июнь 1988 г. Смерть отца (...).

Сентябрь 1988 г. Пациент знакомится с молодой женщиной, которая интересуется его жизнью и его хобби. Несмотря на то, что он хотел бы более близких отношений, он боится «разоблачения» и чувствует себя подавленным.

С середины 1988 г. значительная профессиональная нагрузка в связи с неожиданно хорошей продажей продукта

Октябрь 1988 г. Смерть матери.

Он составил этот перечень после первого интервью, не выходя из моей приемной. Это вызвало у него переживание: «Этого не может быть! Как я мог это вынести?» Обнаруживалась тесная взаимосвязь между течением его болезни и профессиональными перегрузками (1988), смертью отца и тещи (1988). В начале 1989 г. больной расстался со своей семьей. Постепенно он осознал, какие формы переработки конфликтов предпочитал до сих пор, чтобы решить свои проблемы.

Сильная привязанность к родителям позднее стала конфликтным потенциалом в смысле базового конфликта. Он пытался, однако, отойти от своих родителей, эмансипироваться. Непосредственно перед первым возникновением симптоматики произошел подобный спор, который привел к нарушению эмоциональных отношений с родителями. Инфаркт последовал, учитывая также все предшествующие события, после смерти отца. В связи с супружескими проблемами конфликт обострился, что совпало с возрастанием чувства вины в возникшей проблеме отцов и детей.

Таким образом, появился шанс конструктивного подхода к этой ситуации. Типичным для данного больного было невообразимое волнение, если он по каким-либо причинам не мог прийти на консультацию. Кроме того, он приходил в отчаяние из-за «хронической непунктуальности» других. Это же очень сильно повлияло и на «охлаждение» его супружеских отношений. По этой причине наряду с актуальной способностью единство предметом обсуждения на четвертой ступени терапии стала пунктуальность. Затем были рассмотрены разочаровавшие 17-летние супружеские отношения и сексуальное отторжение, которое явилось для пациента нарциссической обидой. Целью этого обсуждения было осознание больным теневой стороны потребности в поддержке. В рамках семейной терапии на консультации были поочередно приглашены отдельно проживающая супруга пациента и его новая партнерша. С обеими женщинами обсуждались депрессивные реакции, связанные со смертью отца и тещи. Благодаря релятивизации Я-идеал-требований больного было достигнуто совершенствование его взгляда на реальность. Он начал развивать способность отвлекаться в профессиональной сфере. Рассмотрение актуальной способности пунктуальность и ее значения для преодоления стрессовых состояний имело большое влияние на партнерские отношения, в частности на сексуальную жизнь.

Актуальная способность «пунктуальность»

Определение и развитие: способность придерживаться ожидаемого или условленного расписания. Формы: пассивная пунктуальность (следование ранее составленному расписанию, ожидание, что другие будут пунктуальными); активная пунктуальность (самостоятельное распределение времени и пунктуальное поведение). В то время как в психоанализе аккуратность считается первым культурным достижением, в позитивной психотерапии таковой является пунктуальность. Кормление, умывание и ритмы сна и бодрствования определяют распределение времени младенца. В процессе развития ожидание пунктуальности и пунктуальное поведение модифицируются посредством приобретения дальнейшего специфического опыта (например, опоздание в школу).

Как об этом спрашивают. Кто из вас (Вы или Ваш партнер) больше ценит пунктуальность? Бывают ли или были у Вас сложности, связанные с непунктуальностью (с кем)? Как Вы реагируете, если кто-то не приходит в условленное время? Рассчитываете ли Вы или Ваш партнер все с точностью до минуты? Кто из Ваших родителей (бабушек, дедушек) больше ценил пунктуальность и четкое планирование времени?

Синонимы и расстройства: срочность, своевременность, точность, опоздание, отсрочка, академическая четверть часа, без 5 мин 12. Страх ожидания, давление времени, постоянный страх не успеть, Необязательность, стресс, тревога.

Поведение: не назначать деловых свиданий без календаря деловых встреч; кому-либо честно сказать, что нет времени, часто лучше, чем заставлять его ждать. Если кто-то опаздывает, это все-таки лучше, чем вообще не прийти. Девиз: Хорошо, что ты все-таки пришел.

Терапия продолжалась в течение 26 сеансов.

Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю., Перепеч Н.Б. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью. Consilium Medicum. Том 1-№ 2-1999

Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью

Резюме

С целью количественной оценки качества жизни (КЖ) больных с сердечной недостаточностью (СН), сопоставления его с КЖ здоровых лиц, изучения КЖ в динамике на протяжении непродолжительного периода стационарного лечения, а также определения роли и выраженности механизмов психологической защиты в психологическом статусе больных с СН обследовано 75 человек - 45 больных с СН II-IV функциональным классом по NYHA и 30 здоровых лиц. КЖ больных с СН значительно снижено и тем больше, чем выше функциональный класс СН и ниже толерантность к физической нагрузке; психологический статус и возраст значимо влияют на величину показателей КЖ. Методика SF-36 позволяет зарегистрировать и количественно оценить изменения КЖ у больных с СН на протяжении 4-недельного периода стационарного лечения, а также выделить составляющие, вносящие наиболее весомый

вклад в обусловленные лечением изменения КЖ. Больные с СН характеризуются выраженной напряженностью и индивидуальным разнообразием механизмов психологической защиты.

Life quality and mental status assessment in patients with congestive heart failure
Nedoshivin A.O., Kutuzova A.E., Petrova N.N., Varshavsky S.Yu., Perepech N.B.

Research Institute of Cardiology, st. Petersburg State University

Summary

Life quality (LQ) assessment in CHF remains controversial because of supposed poor correlation between clinical and psychological status, hemodynamics and patient's self-being. The transcultural adaptation of translated versions of foreign language-based questionnaires as well as an applicability of LQ survey for current treatment efficacy control within a short period of time makes an independent problem. The aims of the study were to assess LQ and mental status in patients congestive heart failure CHF by age, NYHA class, exercise tolerance and ejection fraction (EF); to evaluate a possibility of consequent LQ measurement within a short follow-up period. Seventy five patients were examined. Data were collected from 45 male patients with NYHA class II-IV CHF and 30 healthy persons. The Russian version of SF-36 Health Survey was used twice within a 4-week period of in patient treatment. It is concluded that the Russian version of SF-36 is applicable for LQ assessment in CHF; LQ is markedly decreased in CHF

patients and correlates mostly with NYHA class, much less with age and EF; patients' mental status is strongly affected in CHF; SF-36 may be used for LQ assessment in CHF patients within a short follow-up period; the consequent LQ assessment has revealed a significant improvement, which strongly correlated with exercise tolerance increase.

Как только были подведены итоги многоцентровых исследований конца 80-х - середины 90-х годов и было доказано, что лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и бета-адреноблокаторами может существенно продлить жизнь больным с сердечной недостаточностью (СН), так немедленно возрос практический интерес к изучению ее качества [1, 2]. Качество жизни (КЖ) стало рекомендоваться к рассмотрению как самостоятельный критерий оценки эффективности терапии [3], по значимости близкий к клиническим и не уступающий экономическим критериям [4]. Одновременно развернулась полемика: оптимисты рассчитывали на быстрое повсеместное внедрение методов оценки КЖ в клиническую и исследовательскую практику [5], скептики обосновывали свои сомнения отсутствием унифицированных подходов к такой оценке [2]. Высказывались также парадоксальные суждения, противопоставляющие КЖ ее продолжительности [6], особенно у больных пожилого и очень пожилого возраста [7]. Наиболее взвешенной является позиция, согласно которой КЖ можно рассматривать как самостоятельную

характеристику самочувствия больного и эффективности терапии СН, дополняющую традиционный анализ объективных клинических и инструментальных данных при условии применения адекватных методов его изучения [8, 9].

Таблица. КЖ больных с СН в сопоставлении со здоровыми лицами, до и после 4-недельного периода стационарного лечения (М + SE)

Шкалы SF-36	Здоровые лица (n = 30)		Больные с СН при поступлении (n = 45)		Больные с СН перед выпиской (n = 45)	
Физическое функционирование (PF)	96,0 21,2	+	36,4 3,9*	+	42,7 3,7**	+
Физическо-ролевое функционирование (RP)	90,0 19,8	+	13,3 3,8*	+	22,2	+ 5,1
Физическая боль (BP)	89,7 19,1	+	44,3 4,2*	+	59,4 4,7**	+
Общее здоровье (GH)	73,2 17,6	+	38,3 2,5*	+	46,4 2,7**	+
Жизненная сила (VT)	62,2 14,2	+	37,0 3,2*	+	49,8 3,4**	+
Социальное функционирование (SF)	85,0 18,8	+	55,0 4,2*	+	61,9	+ 4,6
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	65,0 15,0	+	30,4 5,5*	+	40,0	+ 5,8

Ментальное здоровье (МН)	63,3 14,5	+ 49,2 + 3,0	60,5 2,5**
Примечание. * - отличие от показателей здоровых лиц достоверно ($p < 0,05$); ** - отличие от показателей при поступлении достоверно ($p < 0,05$).			

Большинство оригинальных методик оценки КЖ разработаны на английском языке и в англоязычных странах. Это создает определенные трудности при транскультуральной адаптации таких тонких инструментов научного познания, как методики психологического тестирования, поэтому во избежание утери валидности общепринята стандартная процедура перевода и апробации опросников [10]. В НИИ кардиологии Минздрава РФ имеется собственный опыт перевода и апробации методики оценки КЖ "SF-36 Health Status Survey" [11]. SF-36, относящийся к неспецифическим опросникам, тем не менее достаточно широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований КЖ у кардиологических больных [12, 13], в том числе с СН [14]. Анализ данных рандомизированного контролируемого исследования показал, что SF-36 вполне сопоставим со специфическим "Chronic Heart Failure Questionnaire" [15]. При подготовке русской версии SF-36, в соответствии со стандартной процедурой, его текст был переведен с языка оригинала на язык пользователя (переводчик - носитель языка пользователя), а затем был выполнен обратный перевод текста на язык оригинала (независимый переводчик - носитель языка оригинала). Полученные

таким образом две версии текста на языке оригинала были представлены международному комитету экспертов для сопоставления, и лишь после получения положительного решения переведенный SF-36 был разрешен к клинической апробации, в задачи которой входили: а) количественная оценка КЖ больных с СН; б) сопоставление его с КЖ здоровых лиц; в) изучение возможности анализа КЖ в динамике на протяжении непродолжительного периода стационарного лечения.

Немаловажную роль в формировании изменений КЖ, обусловленных СН, могут играть механизмы психологической защиты, активно функционирующие у больных с тяжелой органической патологией сердечно-сосудистой системы [16, 17], а также способность и умение личности справляться с социальными сложностями и условиями окружающей среды, получившие название механизмов совладания или копинг-поведения (coping). Исходя из этого представилось целесообразным, чтобы в рамках изучения КЖ было проведено исследование, имевшее своей целью определение роли и выраженности механизмов психологической защиты в психологическом статусе больных с СН.

Материалы и методы

Обследовано 75 человек. Из них 45 больных страдали ишемической болезнью сердца и СН II-IV функционального класса (ФК) по NYHA с фракцией выброса (ФВ) менее 45 %; средний возраст составлял $59,9 \pm 9,4$ года. У 9 больных была СН II, у 27 - III и у 9 - IV ФК. КЖ оценивали у всех 45

больных, психологическое тестирование проведено у 30 больных с СН. Группу сравнения составили 30 здоровых лиц сопоставимого возраста. ФВ определяли эхокардиографически. Толерантность к физической нагрузке (ТФН) оценивали по данным теста с 6-минутной ходьбой с применением опросника Борга [18] для характеристики степени выраженности субъективных ощущений, сопровождавших выполнение нагрузочной пробы.

КЖ оценивали с применением опросника SF-36, который состоит из 11 разделов и позволяет оценить субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отражает самооценку степени выраженности болевого синдрома. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Количественно оценивали следующие показатели:

1. Physical Functioning (PF) - физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).
2. Role-Physical (RP) - влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) - интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. General Health (GH) - общее состояние здоровья - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Vitality (VT) - жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

6. Social Functioning (SF) - социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Role-Emotional (RE) - влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. Mental Health (MH) - оценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Оценку психологического статуса проводили с применением экспериментально-психологической методики самооценки депрессии (шкала Зунга) и шкалы

реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Для изучения психологической защиты использовали методику "Индекс жизненного стиля" - Plutchik-Kellerman LSI. Для изучения копинг-механизмов как путей преодоления стресса у больных с СН использовали опросник Е.Нейм, состоящий из трех шкал, содержащих утверждения, отражающие способ реагирования в стрессовой ситуации в трех сферах: когнитивной, поведенческой и эмоциональной.

Определение КЖ, ТФН и эхокардиографическое исследование выполняли у больных с СН дважды - в начале и в конце 4-недельного периода стационарного лечения, психологический статус оценивали однократно.

Статистический анализ полученных результатов проводили с применением t-критерия, теста Wilcoxon-Mann-Whitney и непараметрического метода Kruskal-Wallis. Корреляционный анализ выполняли с помощью тестов Pearson и Spearman.

Результаты и обсуждение

Показатели КЖ больных с СН в сопоставлении со здоровыми лицами, а также их изменения на протяжении 4-недельного периода стационарного лечения представлены в таблице. Установлено значительное снижение КЖ у больных с СН по сравнению со здоровыми. Исключение составили показатели общего психического здоровья, приближающиеся к таковым у здоровых лиц. Особенно отличались в худшую сторону характеристики физического состояния, которое у больных с СН во много

раз по сравнению со здоровыми ограничивало повседневную и трудовую деятельность. Значительной интенсивности достигал болевой синдром, была существенно снижена активность больных и повышена их утомляемость. В целом состояние физического функционирования у больных с СН оказалось снижено по сравнению со здоровыми в 2 раза. Следствием этого явилось выраженное ограничение социального функционирования.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ограничение физической активности вносит наиболее существенный вклад в снижение КЖ у больных с СН. В исследовании, выполненном у больных с СН старше 60 лет с помощью SF-36, было также выявлено достоверное снижение КЖ, в основном обусловленное снижением уровня физического функционирования [14]. Вместе с тем при применении "Nottingham Health Profile" у больных с СН, подвергшихся аортокоронарному шунтированию, не было обнаружено корреляции между КЖ и результатами нагрузочных проб, проводившихся как до, так и после операции [19]. У больных с тяжелой застойной СН опросник "Sickness Impact Profile" выявил слабую зависимость между показателями КЖ и максимальным потреблением кислорода во время физической нагрузки [20]; в то же время у больных с легкой и умеренно-выраженной СН была выявлена достоверная корреляция между показателями физической работоспособности и КЖ [21]. Можно предположить, что уровень физического

функционирования вносит неодинаковый вклад в суммарное снижение КЖ в различных возрастных группах, а также при различной степени тяжести течения заболевания.

В ходе анализа полученных нами результатов обнаружена достоверная отрицательная корреляция ($r = -0,353$; $p = 0,017$) показателей физического функционирования и возраста больных (чем старше больные, тем ниже КЖ по этой шкале). Показатели по шкалам физического функционирования (PF), ролевого функционирования (RP), жизнеспособности (VT), социального функционирования (SF) и влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE) достоверно отрицательно коррелировали с ФК СН по NYHA ($r = -0,401$; $-0,463$; $-0,433$; $-0,432$ и $-0,361$ соответственно, $p < 0,01$). Положительная корреляция с величиной ФВ левого желудочка была обнаружена только для показателя шкалы социального функционирования ($r = 0,353$; $p = 0,022$).

При повторном исследовании КЖ через 4 нед стационарного лечения выявлено статистически значимое улучшение по шкалам физического функционирования (PF), боли (BP), общего здоровья (GH), жизнеспособности (VT) и общего психического здоровья (MH). Изменения показателей КЖ по шкалам ролевого функционирования (RP), социального функционирования (SF) и влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE) были недостоверны. Динамика показателей КЖ в

значительной степени коррелировала с результатами нагрузочного теста с 6-минутной ходьбой, в ходе которого проводили количественную оценку ощущений одышки, слабости, сердцебиения и боли по Боргу. Улучшение субъективной переносимости физических нагрузок в процессе лечения было тесно связано с повышением КЖ больных почти по всем параметрам (r для PF = 0,61; BP = 0,56; GH = 0,60; VT = 0,44; SF = 0,57; RE = 0,55; MH = -0,61, $p < 0,01$). Повышение результативности теста с 6-минутной ходьбой (увеличение преодолеваемого больным расстояния) сопровождалось ростом удовлетворенности больных своей способностью к физическому ($r = 0,61$; $p < 0,01$) и социальному ($r = 0,51$; $p < 0,01$) функционированию, увеличением "свободы от боли" ($r = -0,56$; $p < 0,01$). Увеличение ФВ левого желудочка коррелировало с улучшением КЖ по параметру физического функционирования ($r = 0,46$; $p < 0,05$). Психологическая составляющая КЖ (MH) была хуже у более молодых больных ($r = 0,53$; $p < 0,01$) и коррелировала со степенью тяжести СН ($r = -0,47$; $p < 0,05$).

В ходе исследования психологического статуса было обнаружено, что у больных с СН имеет место повышенная по сравнению со здоровой популяцией напряженность большинства механизмов психологической защиты. Это свидетельствует об актуальности психической адаптации больных к стрессу и о наличии психотравмирующей ситуации, связанной с непосредственной угрозой жизни. Для больных с СН была характерна повышенная степень

отрицания существующих проблем, вытеснения (исключение из сознания идеи и связанных с ней эмоций), проекции, сопряженной с агрессией, и интеллектуализации, отличающейся контролем эмоций и чрезмерной зависимостью от рациональной интерпретации ситуации. Аффективные расстройства в виде тревоги и депрессии оказались тесно сцепленными ($r = 0,50$; $p < 0,001$) и были типичны для больных более молодого возраста ($r = -0,46$; $p < 0,05$ и $r = -0,66$; $p < 0,001$ соответственно). Возникновение депрессии было пропорционально выраженности замещения ($r = 0,46$; $p < 0,05$). С наличием отрицания были связаны выраженность компенсации и гиперкомпенсации; эти психологические особенности были более свойственны больным старшего возраста с психоорганическим синдромом. В то же время, чем выше оказывался показатель отрицания у больных с СН, тем выраженнее были тревожно-депрессивные расстройства. Сочетание этих признаков носило устойчивый характер ($R = 0,92$; $F = 9,73$; $p < 0,0001$). Как благоприятный фактор рассматривалось наличие интеллектуализации, поскольку больным с СН с таким типом механизма психологической защиты не были свойственны аффективные расстройства ($R = 0,59$; $F = 2,9$; $p < 0,05$). Выявлена зависимость между механизмами психологической защиты и степенью тяжести таких клинических симптомов, как сердцебиение (связь с отрицанием $r = 0,42$; $p < 0,05$) и боль (зависимость от выраженности регрессии $r = 0,46$; $p < 0,05$). Взаимосвязь

депрессии, замещения и тяжести соматического состояния больных носила устойчивый характер ($R = 0,63$; $F = 3,51$; $p < 0,05$).

Таким образом, была выявлена связь между выраженностью депрессивных расстройств и тяжестью соматического состояния, в частности болевого синдрома и утомляемости, у больных с СН. В свою очередь, чем выше был показатель активности механизма психологической защиты по типу вытеснения, тем большей была выраженность болевого синдрома и утомляемости ($r = 0,43$; $p < 0,05$). Наличие психологической защиты по типу замещения было связано с большей выраженностью боли и сердцебиения ($R = 0,83$; $F = 7,01$; $p < 0,005$). Проекция была сопряжена с тревогой, депрессией и также сочеталась с тяжелым соматическим состоянием ($R = 0,79$; $F = 9,23$; $p < 0,0001$). В свою очередь тревожные расстройства были тесно связаны с наличием и тяжестью одышки ($R = 0,92$; $p < 0,0001$).

При изучении особенностей механизмов совладания у больных с СН было обнаружено, что в поведенческой сфере у них преобладали конструктивные и относительно конструктивные механизмы. Конструктивные поведенческие механизмы были представлены альтруизмом (66% больных), относительно конструктивные выражались в преобладании отвлечения (83% больных). Неконструктивное поведение было представлено исключительно активным избеганием. Очевидно, что преобладающие при СН копинг-механизмы имеют

параллели с механизмом психологической защиты по типу отрицания. У больных более молодого возраста в большей степени было выражено "обращение", являющееся конструктивным поведенческим механизмом ($r = -0,55$; $p < 0,01$). Им были меньше свойственны "растерянность" и "подавление эмоций" - неконструктивные когнитивный и эмоциональный механизмы ($p < 0,05$). Это позволяет предположить более адекватное копинг-поведение у молодых больных. Методом интеркорреляционного анализа была проанализирована зависимость между механизмами психологической защиты, которые принято рассматривать как генетически детерминированные, глубинные образования психики, и копинг-механизмами как вариантами адаптационного поведения. Было обнаружено, что эмоциональный конструктивный механизм "протеста" сопряжен с наличием вытеснения ($p < 0,05$), а неконструктивный - "покорность" - с интеллектуализацией ($p < 0,05$). "Альтруизм" прямо связан с гиперкомпенсацией ($r = 0,46$; $p < 0,05$), с которой также сопряжен относительно конструктивный когнитивный механизм копинга - "относительность" ($r = -0,46$; $p < 0,05$). Относительно конструктивный механизм когнитивной сферы "придача смысла" не свойственен больным с преобладанием механизма психологической защиты по типу проекции ($r = -0,45$; $p < 0,05$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что КЖ больных с СН подлежит количественной оценке и методика SF-36 позволяет получить достоверные,

воспроизводимые и сопоставимые результаты у этой категории больных. КЖ больных с СН значительно снижено и в целом тем больше, чем выше ФК СН и ниже толерантность к физической нагрузке; психологический статус и возраст больного могут значимо влиять на величину показателей КЖ. Повышение точности оценки КЖ, по нашему мнению, предполагает отдельный анализ его физической, психоэмоциональной и социально-экономической составляющих. С помощью SF-36 можно зарегистрировать и количественно оценить изменения КЖ у больных с СН на протяжении непродолжительного 4-недельного периода стационарного лечения, а также выделить составляющие, вносящие наиболее весомый вклад в обусловленные лечением изменения КЖ. Больные с СН характеризуются выраженной напряженностью и индивидуальным разнообразием механизмов психологической защиты. Включение в число рутинных лечебных мероприятий психологической коррекции и психотерапии может способствовать повышению КЖ больных с СН. Индивидуализация психотерапевтического вмешательства с учетом выявленных особенностей психологической защиты у этих больных позволит сделать его целенаправленным и действенным.

Литература

1. Fowler M.B. Beta-blockers in heart failure. Do they improve the quality as well as quantity of life?//Eur Heart J 1998; 19 (Suppl. P): P17-P25.

2. Wolfel E.E. Effects of ACE inhibitor therapy on quality of life in patients with heart failure//Pharmacotherapy 1998; 18 (6): 1323-34.

3. Rector T.S. Measurement of clinical efficacy in studies of heart failure [letter; comment]//Circulation 1998; 97: 707.

4. Erdmann E. Health economics and quality of life issues in heart failure/ Foreword//Eur Heart J 1998; 19 (Suppl. 1): P1.

5. Guyatt G.H. Measurement of health-related quality of life in heart failure//J Amer Coll Cardiol 1993; 4 (Suppl. A): 185A-191A.

6. Feenstra J., Lubsen J., Grobbee D.E., Stricker B.H. Heart failure treatments: issues of safety versus issues of quality of life//Drug Saf 1999; 20: 1,1-7.

7. Buchanan A., Tan R.S. Congestive heart failure in elderly patients. The treatment goal is improved quality, not quantity of life [see comments]//Postgrad Med 1997; 102 (4): 207-8, 211-5.

8. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью//Кардиология 1993; 2: 85-8.

9. Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. Качество жизни как критерий успешной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью//Рус. мед. журн. 1999; 2: 84-7.

10. Briancon S., Alla F., Mejat E. et al. [Measurement of functional inability and quality of life in cardiac failure. Transcultural adaptation and validation of the Goldman,

Minnesota and Duke questionnaires]//Arch Mal Couer Vaiss 1998; 90 (12): 1577-85.

11. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide//The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1993.

12. Cohen R.A., Moser D.J., Clark M.M. et al. Neurocognitive functioning and improvement in quality of life following participation in cardiac rehabilitation//Am J Cardiol 1999; 83 (9): 1374-8.

13. Rumsfeld J.S., McWhinney S., McCarthy M. et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality following coronary artery bypass heart surgery. Participants of the Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Processes, Structures and Outcomes of Care in Cardiac Surgery//JAMA 1999; 281 (14): 1298-303.

14. Jenkinson C., Jenkinson D., Shepperd S. et al. Evaluation of treatment for congestive heart failure in patients aged 60 years and older using generic measures of health status (SF-36 and COOP charts)//Age Ageing 1997; 26 (1): 7-13.

15. Wyrwich K.W., Nienaber N.A., Tierney W.M., Wolinsky F.D. Linking clinical relevance and statistical significance in evaluating intra-individual changes in health-related quality of life//Med Care 1999; 37: 469-78

16. Волков В.С., Виноградов В.Ф. Особенности социально-психологического статуса больных хронической ишемической болезнью сердца // Кардиология 1993; 3: 15-6

17. Хазегова А.Б., Айвазян Т.А., Померанцев В.П., Васюк Ю.А., Габриелян А.А., Ющук Е.Н. Динамика психологического статуса и качества жизни больных в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода//Кардиология 1997; 1: 37-40

18. Borg G., Linderholm H. Exercise performance and perceived exertion in patients with coronary insufficiency, arterial hypertension and vasoregulatory asthenia//Acta Med Scand 1970; 17: 17-26.

19. Marwick T.H., Zuchowski C., Lauer M.S. et al. Functional status and quality of life in patients with heart failure undergoing coronary bypass surgery after assessment of myocardial viability//J Am Coll Cardiol 1999; 33: 750-8.

20. Rector T.S., Francis G.S., Cohn J.N. Patients self-assessment of their congestive heart failure/ Part 1: patient perceived dysfunction and its poor correlation with maximal exercise tests//Heart Failure 1987; 10: 192-6.

21. Blackwood R., Mayou R.A., Garnham J.S. Exercise capacity and quality of life in the treatment of heart failure//Clin Pharmacol Ther 1990; 48: 192-6.

Ромасенко Л.В., Веденяпина О.Ю., Вербина А.В. К характеристике психосоматических отношений у больных нейроциркуляторной дистонией Психиатрия и психофармакотерапия. Том 04/№ 1/2002.
<http://www.consilium-medicum.com/>

Ромасенко Л.В., Веденяпина О.Ю., Вербина А.В. К характеристике психосоматических отношений у больных нейроциркуляторной дистонией

Введение

По мнению ряда специалистов, в настоящее время наблюдается тенденция к учащению различных симптомов психической дезадаптации у больных кардиологического стационара, которая, по данным разных авторов, составляет от 20 до 70% (А.Б.Смулевич и соавт., 1997; F.Kane, 1991; P.Shapiro, 1996; E.Navranek и соавт., 1999). Отмеченную тенденцию принято увязывать с общим ростом психических расстройств в условиях стрессогенных влияний современной жизни (Ю.А.Александровский, 2001), соматизацией психических заболеваний и распространенностью маскированных психических расстройств (В.В.Ковалев, 1989; В.Д.Десятников, 1990; Б.А.Лебедев, 1990; Л.В.Ромасенко, 1993; M.Dwight и соавт., 1997).

Многочисленными исследованиями психосоматических соотношений у кардиологических больных установлено, что сочетание симптомов психической дезадаптации и заболеваний сердечно-сосудистой системы отрицательно сказывается на течении соматической болезни, а также усложняет диагностику и терапию (А.В.Говорин и соавт., 1990; A.Appels, 1997; R.Boisseau и соавт., 1997; A.Glassman и соавт., 1997, и др.).

Характер психосоматических соотношений при сердечно-сосудистой патологии определяется многими факторами, в

том числе структурой типичных для больных пограничных нервно-психических расстройств, характером и выраженностью психогенных влияний, особенностями клиники основного соматического заболевания (С.Сукиасян, 1992; K.Weber, 1984; S.Sinatra, 1996; С.Patel, 1997, и др.), соматогенными влияниями основного заболевания (В.В.Николаева, 1987; И.М.Виш и соавт., 1990; Д.Б.Анискин, 1998), особенностями личности пациентов (В.В.Ковалев, 1972; H.Deter, A.Klepper, K.Schulte, 1996), социальными факторами (Т.Lebrun и соавт., 1997; H.Saner и соавт., 1997; L.Westin и соавт., 1997; H.Colhoum и соавт., 1998), в частности наличием социальной поддержки (Ф.Б.Березин, Т.В.Барлас, 1994; П.Куттер, 1997; N.Cristenfeld, W.Gerin, 1997; J.Haggerty, 1983; U.Knolker, 1987), психогенным влиянием развившегося соматического заболевания (В.В.Николаева, 1987; P.Shapiro, 1996).

Диагностика психических расстройств у кардиологических больных часто оказывается очень непростой в силу определенного их феноменологического сходства с проявлениями соматических заболеваний. Кроме того, многие симптомы могут встречаться как при сердечно-сосудистой, так и при психической патологии (А.Б.Смулевич, 1997; P.Clowas, 1996). Более того, по мнению ряда авторов (Б.Д.Карвасарский, 1990, В.Д.Тополянский, М.В.Струковская, 1980; Е.А.Сыркина, 1989; P.Clowas, 1996), у значительной части пациентов соматовегетативные расстройства являются основными проявлениями клинической картины неврозов и

депрессивных расстройств.

Трудности диагностики усугубляются и тем обстоятельством, что развитие соматического заболевания способствует возникновению различных расстройств психической адаптации, актуальность которых определяется этапом болезни, ее тяжестью, влиянием на социальную жизнь пациентов, а также типом психического реагирования больных. При этом отдельные невротические симптомы, связанные с изменением физического самочувствия и эмоциональной дисфункцией, могут быть "невротической" маской соматического заболевания. С другой стороны, значительные сложности возникают при диагностике так называемых соматоформных расстройств в рамках пограничной психической патологии. Сопоставление расстройств психической адаптации, связанных с развитием соматического заболевания, и психических нарушений невротического уровня делает очевидным сходство клинической картины принципиально различных заболеваний.

В клинике внутренних болезней, так же как и в клинической психиатрии, существует большая группа расстройств, которые могут быть обозначены как "пограничные состояния". Этим термином объединены патологические состояния с минимальными соматическими дисфункциями в рамках конституциональных девиаций, измененными формами реагирования на физическую и эмоциональную нагрузку, которые характеризуются полиморфизмом жалоб и симптомов, лабильностью

клинических проявлений, склонностью к затяжному течению с благоприятным прогнозом.

Нейроциркуляторная дистония и ее клинические варианты

Большая группа подобных расстройств деятельности сердечно-сосудистой системы объединена понятием нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Эта концепция в общей терапии имеет длительную историю и описывалась под разными терминами, такими как: синдром Да Коста, невроз сердца, вегетососудистая дистония (ВСД), нейроциркуляторная астения (НЦА). Очевидно, что многие малопонятные расстройства искусственно включались в группу НЦД в связи с необходимостью реабилитации определенного контингента больных. Все исследователи этой проблемы отмечали существенное влияние эмоционально-волевой патологии на клинику НЦД (В.И.Маколкин, С.А.Аббакумов, 1985; В.И.Маколкин, С.А.Аббакумов, А.А.Сапожникова, 1995; А.М.Вейн, Г.М.Дюкова, О.В.Воробьева, А.Б.Данилов, 1997; О.В.Воробьева, Б.А.Хапаев, 2000). В психиатрии вегетативные дисфункции издавна относились к категории невротических и аффективных расстройств. В современной классификации МКБ-10 (1992) НЦД относится к кластеру невротических и соматоформных расстройств. Таким образом, клиническая реальность такова, что эти расстройства занимают промежуточное положение между соматической и психической патологией, сохраняя свое самостоятельное клиническое значение. При этом по-

прежнему дискуссионным остается вопрос о нозологической достаточности НЦД – одни авторы склонны рассматривать ее как самостоятельную клиническую единицу (В.И.Маколкин, С.А.Аббакумов, 1985; В.И.Маколкин, С.А.Аббакумов, А.А.Сапожникова, 1995), другие же – как неспецифический синдром (А.М.Вейн, Г.М.Дюкова, О.В.Воробьева, А.Б.Данилов, 1997; О.В.Воробьева, Б.А.Хапаев, 2000). В отечественной терапевтической школе В.И.Маколкиным, С.А.Аббакумовым и А.А.Сапожниковой (1995) была разработана концепция нозологической самостоятельности НЦД наряду с признанием возможности трактовки этого расстройства на синдромальном уровне. Указанными авторами было установлено, что существует группа больных, у которых НЦД можно трактовать как "болезнь в клинико-неуточненном понимании"; были разработаны клинические, параклинические критерии диагностики, концепция патогенеза НЦД, ее течения, терапии. В.И.Маколкин, С.А.Аббакумов (1985) обращают внимание на существование двух основных групп больных с НЦД: особая группа не нуждающихся в психиатрическом лечении и группа больных НЦД с сопутствующими невротическими расстройствами.

Не требует отдельного обоснования тот факт, что проблема нозологической квалификации имеет не только теоретический характер; выбор диагностической позиции в этом случае определяет всю терапевтическую тактику, эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

По данным литературы, собственного опыта диагностики и терапии больных с НЦД в терапевтическом стационаре, могут быть выделены два клинических варианта болезненных состояний с преобладающими расстройствами в форме НЦД.

Первый из них характеризуется сосуществованием проявлений НЦД и возможного психического расстройства. Подобное понимание НЦД как самостоятельного, независимого от психопатологии феномена принято в терапевтической практике.

В части этих наблюдений клиника исчерпывается проявлениями собственно нейроциркуляторной дистонии в виде врожденной или рано приобретенной вегетативной стигматизации (своего рода конституциональной вегетопатии) при отсутствии достаточных критериев диагностики психического расстройства. При этом вегетативная патология носит субклинический уровень ("фактор риска", по В.В.Ковалеву), но может актуализироваться в ситуации, требующей мобилизации, в период биологического криза. В другой части наблюдений может иметь место НЦД как клинически сформированное болезненное состояние.

Понятно, что у больных с подобного рода вегетативными нарушениями возможные психические расстройства должны расцениваться как гетерогенные, не связанные с проявлениями НЦД, что и определяет терапевтическую тактику. Кроме того, диагностически важен тот факт, что вегетативная патология может выступать в роли

патопластического фактора, т.е. видоизменяющего клинику психического расстройства, соответственно, затрудняющего его распознавание.

С точки зрения клинической психиатрии наиболее значимым является второй вариант НЦД, при котором данная патология представляет собой эссенциальную составляющую психического расстройства.

Материалы и методы

Обследовано 80 пациентов стационара факультетской терапии ММА им.И.М.Сеченова, лечившихся по поводу НЦД (49 женщин, 31 мужчина; возраст от 17 до 50 лет) по специальной программе, предполагавшей детальный анализ жалоб и анамнеза; лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для установления диагноза НЦД (в том числе ортостатическую и гипервентиляционные ЭКГ-пробы), эхокардиографию; по показаниям – суточное мониторирование ЭКГ. У части больных был проведен тест с велоэргометрической нагрузкой.

Все больные были обследованы также психиатром (критерии МКБ-10). Психологическое обследование предполагало использование клинической шкалы самоотчета SCL-90R, шкалы дифференцированной оценки депрессивных состояний Зунге, шкал диагностики личностной и ситуационной тревоги Спилбергера-Ханина. Из числа обследованных были исключены больные с признаками нарушения эндокринной системы, в том числе нарушения функций щитовидной железы, больные

сахарным диабетом и с дисфункцией яичников. Полученные результаты оценивали с учетом достоверности средних арифметических величин (критерий Стьюдента). Взаимосвязи между признаками изучали методами параметрического и непараметрического анализа. Для определения достоверности различий между группами использовали также метод анализа Хи-квадрат Пирсона.

Результаты исследования

В зависимости от характера преобладающего психического расстройства (критерии МКБ-10) были выделены две группы больных, сравнительный анализ которых выявил ряд значимых для клиники и терапии особенностей:

а) 1-я группа – больные с тревожно-фобическими расстройствами с агорафобией, с агорафобией с паническими расстройствами (51 наблюдение);

б) 2-я группа – больные с депрессивным эпизодом легкой и средней тяжести, с рекуррентным депрессивным расстройством, циклотимией, с шизотипическим расстройством (29 наблюдений).

Сравнительный анализ социально-демографических показателей выявил более благополучное положение в 1-й группе – достоверное преобладание лиц, состоящих в браке, занятых работой или учебой; во 2-й же группе проблемы адаптации в 65,5% наблюдений были непосредственно связаны с болезнью.

Обращает на себя внимание сходство соматических жалоб пациентов обеих групп – кардиалгии, повышение артериального давления, приступы сердцебиений,

затруднения дыхания (вдоха), слабость, головокружения, головные боли, неприятные ощущения в конечностях по типу парастезий, повышенная потливость, затяжной субфебрилитет, ощущения зябкости, тошнота, боли в животе, суставах и мышцах.

Вместе с тем установлена определенная избирательность перечисленных жалоб в зависимости от характера преобладающего у пациентов психического расстройства. Так, в 1-й группе наблюдений (при преобладании тревожно-фобических расстройств) у пациентов превалировали приступообразные расстройства по типу "вегетативного пароксизма" в виде кардиалгий, тахикардии, подъема артериального давления, озноба, тремора, тошноты, головной боли. У пациентов же 2-й группы (с преобладанием депрессивных расстройств) доминировали жалобы на головокружения, головные боли, слабость; стабильность и малая курабельность этих расстройств соотносились с тяжестью состояния данной группы больных.

Анализ показывает, что существует и специфика терапевтической диагностики НЦД в выделенных группах больных.

Так, при преобладании в обеих группах НЦД средней тяжести расстройства легкой степени тем не менее были диагностированы лишь в 1-й группе наблюдений, тогда как тяжелые состояния в соответствии с критериями терапевтической диагностики встречались только во 2-й. При этом обращает на себя внимание тот факт, что

возможности объективного выявления НЦД (ЭКГ с гипервентиляционной и ортостатической пробами, тест с велоэргометрической нагрузкой) были значительно выше у пациентов с более легкими формами расстройства (1-я группа наблюдений). Эти функциональные пробы, кроме того, имеют и еще одно дополнительное диагностическое значение – они позволяют по-своему прояснить внутреннюю картину болезни у пациентов с разной психической патологией. Так, у пациентов обеих групп объективно не выявлялось существенного снижения к физическим нагрузкам. Тем не менее пациенты 1-й группы полностью выполняли предложенные пробы, тогда как пациенты с депрессией (2-я группа) в большинстве случаев (80%) отказывались от выполнения проб, ссылаясь на утомление, истощение физических сил, что отражало снижение их психической активности при осознании своего недуга как физического.

При эхокардиографии у пациентов обеих групп каких-либо существенных нарушений (размеры полостей сердца, толщина и экскурсия стенок, показатели фракции выброса и ударного объема) обнаружено не было. Однако у пациентов 1-й группы достоверно чаще был диагностирован пролапс митрального клапана и дополнительная хорда, что, по данным Н.Kaplan, B.Sadock (1992), характерно для больных с паническими атаками.

Тщательный анализ клинико-динамических закономерностей болезни, результатов объективного обследования позволяет утверждать, что диагноз НЦД как

самостоятельное расстройство мог быть верифицирован только у 40% обследованных. В большей же части наблюдений при постановке диагноза решающее значение имели именно жалобы больного в соответствии со сформировавшейся у него внутренней картиной болезни.

Сказанное подтверждает традиционную актуальность диагностической проблемы НЦД, в первую очередь правомерности постановки этого диагноза при отсутствии достоверных объективных признаков вегетативной дисфункции. Такие диагностически важные обстоятельства, как специфический характер жалоб, осознание собственного состояния как болезненного, требующего лечения, объективное нарушение функций, меняющаяся активность, снижение работоспособности, расстройства адаптации и иные критерии квалификации болезни, по всей вероятности, могут считаться достаточными для диагностики. Однако на завершающем ее этапе в каждом конкретном случае требуется верификация модели болезни – соматической либо психической, что определяет последующую терапевтическую тактику. При этом один из принципиальных вопросов состоит в том, насколько альтернативными должны быть диагностические выводы. Представляется, что эта альтернатива касается завершающих диагностических выводов относительно индивидуальной модели болезни; она совершенно не противоречит комплексному подходу в процессе обследования.

Обсуждение

Сравнительный анализ показал, что разделение больных на группы шло с учетом психиатрической диагностики, различия на синдромальном уровне (как наиболее наглядный параметр оценки) лежали, как уже было сказано, в основе выделения групп. В целом же значимость всей совокупности различий (по убывающей) могла быть представлена следующим образом: условия манифестации расстройства; структура психопатологического расстройства; его динамика; курабельность расстройства и, наконец, прогноз болезни.

Мы пользуемся понятием "условия манифестации" как наиболее адекватным для оценки начала болезни в наших наблюдениях, поскольку в значительной части случаев однозначная трактовка ее этиологии, генеза невозможна. Обращает на себя внимание отчетливая связь начала болезни у пациентов 1-й группы с психогенией. В значительной части случаев (60%) речь шла о внезапной смерти близкого человека из-за сердечного заболевания; в развитии расстройства у пациента здесь нередко имела значение ятрогения. Реже (30%) роль психогении играла ситуация пережитой непосредственной угрозы их жизни (причем подчас не всегда объективная).

Пациенты же 2-й группы связывали возникновение расстройства с интеллектуальным или, реже, физическим перенапряжением, с перенесенной соматической болезнью. Диагностически важно то обстоятельство, что начало заболевания и последующие его обострения у больных этой группы нередко носили сезонный характер,

что соотносится с характером преобладающей психопатологической симптоматики.

Так, у всех пациентов 2-й группы в качестве ведущего психопатологического синдрома, в рамках которого имели место проявления НЦД, выступала депрессия: ипохондрическая депрессия (30%), депрессия с деперсонализацией (20%), депрессия с тревожно-фобическими расстройствами (50%). У пациентов этой группы психическое расстройство собственно и исчерпывалось депрессией с отчетливыми признаками эндогенности при минимальной выраженности меланхолического компонента. Обращает на себя внимание и зависимость жалоб из круга НЦД от объективных признаков выраженности депрессии.

У больных же 1-й группы в подавляющем большинстве случаев психопатологическая картина была представлена агорафобией с паническими расстройствами, основное содержание которой составляли острые приступообразные проявления НЦД, оформлявшиеся специфическим образом. Так, если у больных 2-й группы жалобы из круга НЦД предъявлялись как бы в контексте общего затяжного страдания, нередко оформлялись в форме малопонятных, трудно формулируемых неприятных ощущений, то у больных 1-й группы эти ощущения всегда носили отчетливый соматический характер (ощущения подъема АД, учащенное сердцебиение, перебои в сердце и др.). Только прицельный психопатологический анализ позволял выявить у этих больных более широкий спектр расстройств,

в том числе однозначно психопатологических – навязчивых страхов, симптомов избегания, диссоциативных расстройств, ипохондрии, в некоторых случаях – признаков патологического развития личности. Такого рода "ножницы" между субъективным осознанием болезни как соматического страдания и объективной его картиной предопределяли тот факт, что эти больные практически всегда переходили в разряд "трудных" со всеми вытекающими отсюда последствиями – трудности дифференциальной диагностики, неэффективность терапии, нарастающая дезадаптация.

Достаточно сложной по результатам катamnестического наблюдения (в среднем длительностью в 1 год) оказалась и динамика исследованных состояний, особенно у пациентов 1-й группы.

Так, у больных 2-й группы интенсивность клинических проявлений НЦД на высоте развития болезни менялась в соответствии с динамикой основного расстройства – депрессии, в последующем в значительной мере определялась специфическими закономерностями болезни на нозологическом уровне. При циклотимии и МДП динамика НЦД носила отчетливый рекуррентный характер, при шизотипическом расстройстве полной редукции симптомов НЦД в ремиссии не наблюдалось, они сохранялись в структуре резидуальных ипохондрических состояний.

У пациентов же 1-й группы проявления НЦД носили отчетливый приступообразный характер. Это имело место и

при манифестации болезни и, как показал катамнез, в периоды последующих ее обострений по типу фобических кризов с паническими атаками. Подобная отчетливая динамика, наглядность, фасадный характер проявлений НЦД в сочетании с возможностью инструментального выявления объективных предпосылок вегетативной недостаточности способствовали тому, что НЦД становилась исчерпывающим диагнозом. Терапевтическая тактика в этих случаях длительно характеризовалась попытками углубленного исследования функционального состояния сердечно-сосудистой системы, абсолютизированием соответствующих находок, в том числе конституциональных девиаций, их отождествлением с соматическим заболеванием. Такой "инструментально-функциональный" диагностический подход препятствовал целостному восприятию заболевания, в частности возможности оценки состояния в рамках психиатрической модели болезни.

Неудовлетворенность избранной диагностической концепцией наступает в результате констатации неэффективности терапии. При этом пересмотр диагностической концепции начинается с констатации несоответствия уровня объективных предпосылок болезни и драматичности жалоб, соответственно, необходимости консультирования больного у психиатра.

Психопатологический анализ показывает, что адекватная оценка динамики проявлений НЦД может быть проведена с учетом динамики ведущих у этой категории больных

личностных и невротических расстройств – фаз, декомпенсаций, на отдаленных этапах болезни – патологических развитии личности.

В соответствии с указанными особенностями динамики в группах могут быть выделены особенности терапии и прогноза исследованных состояний.

У пациентов 1-й группы эффективность терапии зависит от ранней диагностики, своевременного выбора адекватной модели болезни, учета преморбидных личностных особенностей. Следует констатировать и менее благоприятный прогноз болезни у пациентов 1-й группы. Это обусловлено прежде всего совокупностью отмеченных специфических проблем диагностики, способствующих хронификации болезни за счет формирования симптома избегания ряда ситуаций, усугубления личностных расстройств, ипохондрии, значительно снижающих адаптацию больных.

У пациентов 2-й группы (с преобладанием депрессивных расстройств) при констатации в целом благоприятного прогноза, что увязывается с современными возможностями купирования аффективных расстройств, менее благоприятное течение болезни в рамках качественно более тяжелого шизотипического расстройства, требующего и специфической терапии.

Заключение

Таким образом, результаты проведенного сравнительного анализа свидетельствуют, что при определенном феноменологическом сходстве симптомов НЦД в структуре

психических расстройств имеют место существенные различия клинико-динамических характеристик исследованных состояний, определяющиеся характером базисного психопатологического расстройства. Это обстоятельство в сочетании с практической актуальностью специфических диагностических и терапевтических проблем дает основание для квалификации определенной группы клинических проявлений НЦД в рамках психического расстройства.

Погосова Г.В. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 04/№ 5/2002.

<http://www.consilium-medicum.com/>

Погосова Г.В. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения

В последние годы накапливается все больше доказательств того, что депрессия и другие психологические факторы являются независимыми факторами риска ишемической болезни сердца (ИБС) и должны рассматриваться в совокупности с такими признанными факторами риска, как дислипидемия, артериальная гипертензия и курение.

Рост заболеваемости ИБС за последние десятилетия в нашей стране в немалой степени связан с ростом психосоциального неблагополучия в обществе. Эпидемиологические исследования с использованием объективных методик свидетельствуют о том, что примерно 70% населения России живет в условиях хронического

психоэмоционального стресса высокого и среднего уровня, при этом наблюдается тенденция к нарастанию уровня стресса у населения [1]. Между тем известно, что социальное неблагополучие коррелирует с более высокими уровнями распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и психогенных расстройств, в том числе депрессивных.

Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания тесно взаимосвязаны. Больные депрессией имеют повышенный риск развития ИБС [2], коронарной смерти [3]. В свою очередь у больных ИБС депрессия встречается чаще, чем в среднем по популяции. Распространенность депрессии среди больных ИБС составляет приблизительно 20%, т.е. каждый пятый пациент с ИБС страдает депрессией. Особенно часто депрессия наблюдается после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) и операции аортокоронарного шунтирования (АКШ). Распространенность депрессии среди этой категории больных составляет около 30% [4, 5]. Для сравнения: распространенность депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств в популяции составляет по разным оценкам от 2,5 до 10%.

В целом ряде многолетних контролируемых исследований установлено, что у лиц с депрессией риск заболеть ИБС и перенести ИМ почти в 2 раза выше, чем у лиц без депрессии [2, 6]. В настоящее время нет абсолютной ясности по вопросу о том, почему больные депрессией предрасположены к ИБС. Однако предполагается, что

возможным патофизиологическим механизмом такой взаимосвязи могут быть нарушения в свертывающей системе крови. Установлено, что у пациентов с депрессией имеются значительные дефекты физиологических характеристик тромбоцитов, такие как повышенный уровень внутриклеточного свободного кальция, гиперчувствительность серотониновых (5-НТ) и катехоламиновых рецепторов, гиперпродукция фактора 4 и бета-тромбоглобулина. Эти особенности предрасполагают к повышенной вазоконстрикции, а также способствуют более активной агрегации тромбоцитов. Повышенный уровень катехоламинов в крови, характерный для больных с тревогой и депрессией, в свою очередь повышает риск активации тромбоцитов, процессов агрегации и дальнейшего тромбообразования, тесно связанных с развитием острых коронарных синдромов [7].

Депрессия не только является фактором риска развития ИБС, но и значительно отягощает клиническое течение ИБС, а также влияет на прогноз заболевания. Наши исследования свидетельствуют, что больные ИБС с депрессией чаще жалуются на приступы стенокардии, ограничения физической активности, имеют худший функциональный статус, более низкое качество жизни [5, 8]. Они реже возвращаются к трудовой деятельности после перенесенного ИМ или операции АКШ.

При изучении влияния депрессии на прогноз ИБС установлено, что депрессия является мощным независимым предиктором смертности у больных с

установленной ИБС. Уровень смертности у больных, перенесших ИМ и страдающих депрессией, в 3–6 раз выше, чем у больных, перенесших ИМ и не имеющих признаков депрессии [2, 9]. Значимость депрессии в качестве предиктора сердечно-сосудистых катастроф носит более акцентуированный характер у больных с аритмиями, а также у пожилых больных ИБС. В частности, установлено, что если у 70-летнего мужчины диагностируется депрессия, то вероятность сердечно-сосудистой катастрофы у него почти в 2 раза выше, чем у мужчины того же возраста без депрессии [10]. Важно отметить, что негативное влияние на прогноз оказывает не только так называемая большая депрессия, но и депрессия легкой степени тяжести.

Механизмы отрицательного влияния депрессии на прогноз ИБС изучены пока недостаточно. Однако показано, что помимо дефектов физиологических характеристик тромбоцитов у больных депрессией отмечается снижение контроля за частотой сердечных сокращений и сердечным ритмом как следствие нарушенного баланса в автономной нервной системе. При проведении больным депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами холтеровского мониторирования ЭКГ обнаружена пониженная вариабельность сердечного ритма. Причем степень снижения вариабельности сердечного ритма коррелирует с выраженностью симптоматики: чем более выраженной депрессией страдают больные ИБС, тем у них более низкая вариабельность сердечного ритма [11]. Между тем

известно, что пониженная вариабельность сердечного ритма, отражающая пониженный парасимпатический тонус, приводит к несбалансированной симпатической стимуляции сердца, чем предрасполагает к развитию желудочковых аритмий, повышенной адгезивности тромбоцитов и может явиться причиной повышенной сердечно-сосудистой смертности. Еще одним свидетельством того, что у больных депрессией нарушен контроль со стороны автономной нервной системы, являются результаты исследования L.Walkins и соавт. [12]. Они установили, что у больных ИБС с депрессией снижена барорецепторная чувствительность. Авторы предполагают независимое отрицательное влияние пониженной барорецепторной чувствительности на прогноз у больных ИБС.

Еще один механизм, объясняющий связь между депрессией и повышенной смертностью у больных ИБС, – это влияние депрессии на приверженность (комплаенс) больных к лечению. Установлено, что при наличии депрессии больные ИБС реже придерживаются здорового образа жизни, хуже выполняют врачебные рекомендации по соблюдению диеты, отказу от курения, режиму физической активности, необходимости ограничения алкоголя. Наличие депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматики отрицательно влияет и на приверженность больных к рекомендованной кардиологом медикаментозной терапии. У больных ИБС, страдающих депрессией, затруднено

проведение реабилитации и мероприятий по вторичной профилактике [13].

Представленные данные, свидетельствующие об утяжелении на фоне депрессии течения ИБС, ухудшении прогноза заболевания, диктуют необходимость своевременного распознавания и лечения депрессии у данной категории больных. К сожалению, в огромном большинстве случаев депрессия у больных ИБС своевременно не диагностируется и не лечится. Причина такой ситуации заключается в том, что, как правило, у больных ИБС наблюдаются скрытые, маскированные депрессии. При такой депрессии отсутствуют характерные для "типичной" депрессии суицидальные мысли или намерения. Больные могут даже не предъявлять собственно депрессивных жалоб, таких как подавленное настроение, утрата интересов или чувства удовольствия. В клинической картине маскированной депрессии преобладает соматическая и вегетативная симптоматика. Чаще всего "масками" депрессии являются различные нарушения сна (трудности засыпания, раннее пробуждение или повышенная сонливость), нарушения аппетита (выраженное снижение или повышение), изменения массы тела, повышенная утомляемость и раздражительность, пониженная активность и работоспособность, хронический болевой синдром различной локализации (чаще всего кардиалгии, головные боли, боли в спине), вегетативные расстройства (нередко в виде приступов сердцебиения, одышки, головокружения и пр.), различные нарушения в

сексуальной сфере. У части больных снижена самооценка, отмечаются трудности концентрации внимания и принятия решений, имеется ощущение собственной бесполезности. При более подробном расспросе больного, как правило, удается обнаружить и собственно депрессивные симптомы. Диагностика депрессии у больных ИБС затруднена тем, что многие симптомы этих коморбидных заболеваний являются общими, в частности, такие как кардиалгии, слабость, утомляемость, приступы сердцебиения, одышки и т.д. Ориентиром врачу общей практики или кардиологу при постановке диагноза депрессии могут служить "критерии депрессии" DSM-4 (см. таблицу) [14]. Большую депрессию диагностируют при наличии минимум 5 критериев (первые два обязательны) на протяжении не менее 2 нед; легкую депрессию – при наличии у больного подавленного настроения или утраты возможности получать удовольствие и еще любых 2 критериев из числа перечисленных в течение 2 нед и более.

Выявление депрессивных расстройств в значительной степени облегчается при использовании психометрических шкал и тестов, в том числе субъективных (на вопросы отвечает сам больной). Их применение позволяет минимизировать затраты времени врача на обследование, при этом интерпретация результатов обследования не требует специальных знаний. Наиболее известными среди субъективных психометрических шкал для скрининга депрессии являются Госпитальная шкала тревоги и депрессии (A.Zigmond, 1983) и Опросник депрессии Бека

(А.Бек, 1961). Многократное применение психометрических шкал позволяет изучить динамику состояния больных во времени и на фоне лечения. Скрининг с целью выявления депрессии целесообразно проводить прежде всего среди больных ИБС, перенесших ИМ и операцию АКШ, учитывая высокую распространенность депрессивных расстройств у этой категории больных.

За рубежом, а в последние годы и у нас в стране, депрессии легкой и средней степени тяжести у кардиологических больных успешно лечат кардиологи или врачи общей практики. Это стало возможным благодаря внедрению в клиническую практику качественно новых антидепрессантов, лишенных отрицательных побочных эффектов традиционных трициклических антидепрессантов (ТЦА).

Критерии депрессии по DSM-IV, 1994

1. Подавленное настроение (на протяжении большей части дня)
2. Снижение интересов и способности испытывать удовольствие
3. Значительное снижение или повышение аппетита и массы тела
4. Нарушения сна (бессонница или сонливость)
5. Психомоторное возбуждение или заторможенность
6. Повышенная утомляемость, упадок сил
7. Ощущение собственной бесполезности или идеи виновности

8. Снижение способности к концентрации внимания, принятию решений

9. Повторяющиеся мысли о смерти, суицидальные попытки
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4-th ed.)

Назначение ТЦА больным ИБС крайне нежелательно вследствие их негативного влияния на сердечно-сосудистую систему. Известно, что применение amitriptyline и других ТЦА в терапевтических дозах сопровождается рефлекторной тахикардией, ортостатической гипотонией, особенно у пожилых больных, удлинением интервалов P-Q, Q-T и комплекса QRS, более выраженным у пациентов с исходными нарушениями проводимости. Нельзя не учитывать неблагоприятные поведенческие эффекты, возникающие на фоне лечения ТЦА, – сонливость, снижение уровня внимания, ухудшение памяти, затруднение интеллектуальной деятельности, нарушение тонкой координации движений. Стремясь минимизировать описанные выше побочные эффекты, врачи нередко назначают очень малые дозы ТЦА (например, 1/4-1/2 таблетки amitriptyline в день), которые не достаточны для получения антидепрессивного эффекта (минимальная терапевтическая доза amitriptyline составляет 2-3 таблетки в сутки). Побочные соматотропные и поведенческие эффекты ТЦА связаны с их неселективностью – влиянием на несколько групп рецепторов ЦНС (α_1 -адренорецепторы, серотониновые, мускариновые и гистаминовые H₁-рецепторы).

Антидепрессанты нового поколения обладают селективностью и в этой связи лишены побочных свойств, характерных для ТЦА. Они почти не уступают ТЦА по антидепрессивной эффективности и превосходят их по переносимости и безопасности применения.

Антидепрессантами первого ряда у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также у пожилых больных считаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Препараты этой группы тормозят обратное проникновение серотонина из синаптической щели внутрь пресинаптического нейрона и не оказывают существенного влияния на другие нейромедиаторы. Свое название СИОЗС получили из-за своей большей селективности в отношении блокирования обратного захвата серотонина, чем обратного захвата норадреналина (по меньшей мере в 10 раз). Кроме того, СИОЗС имеют незначительное сродство к α_1 -адренорецепторам, м-холинорецепторам, гистаминовым H_1 -рецепторам, что обеспечивает их хорошую переносимость. СИОЗС в отличие от ТЦА не обладают способностью к блокированию медленных натриевых каналов, в связи с чем они более безопасны при передозировке.

Препараты группы СИОЗС обладают не только антидепрессивным, но и противотревожным (анксиолитическим) действием, в связи с чем эффективны при наличии у больных депрессией сопутствующей тревожной симптоматики, панических атак, фобических синдромов.

СИОЗС имеют благоприятный кардиальный профиль. Побочные эффекты препаратов этой группы минимальны, особенно при соблюдении рекомендованных доз. Описаны побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта (сухость во рту, тошнота, диарея), а также сонливость, головные боли, головокружение, тремор, потливость. Побочные эффекты отмечаются редко, как правило, в первые 2 нед лечения и редуцируются самостоятельно. В большинстве случаев отмены препарата не требуется.

Хотя все СИОЗС имеют сходный механизм действия, тем не менее отдельные препараты этой группы различаются по химической структуре, а также степени связывания с несеротониновыми рецепторами ЦНС, т.е. по степени селективности. Наибольшей селективностью в группе СИОЗС обладает циталопрам (ципрамил) [15]. Высокая селективность препарата обеспечивает его хорошую переносимость, безопасность и низкую поведенческую токсичность.

Ципраamil обладает минимальным по сравнению с другими антидепрессантами риском межлекарственных взаимодействий, поскольку ингибирует только один изомер (1A2) цитохрома P-450, участвующего в оксидантном метаболизме лекарственных средств различного механизма действия. Кроме того, для препарата характерна низкая интенсивность связывания с протеинами плазмы крови. В этой связи применение ципрамила у больных, постоянно

принимających несколько лекарственных средств, представляется предпочтительным.

После прекращения длительного приема антидепрессантов возможно развитие синдрома отмены: появление головных болей, нарушений сна, общего дискомфорта, тревоги и др. При лечении ципрамилом синдрома отмены не наблюдается, что связано с большой длительностью периода полувыведения препарата, превышающего 30 ч (у других СИОЗС – 4–15 ч). Эта особенность действия ципрамила позволяет проводить отмену препарата одномоментно, без предварительного снижения дозы, даже после длительного (несколько месяцев) курса лечения.

Результаты многочисленных плацебо-контролируемых исследований свидетельствуют, что ципрамил имеет высокую антидепрессивную эффективность при депрессиях легкой и умеренной степени тяжести в дозе 20 мг/сут [16]. Улучшение психологического состояния больных наблюдается уже через 7–10 дней лечения. Необходимо отметить простоту режима дозирования ципрамила – препарат назначается 1 раз в сутки, титрация дозы не требуется. При тяжелых депрессиях терапевтической считается суточная доза в 40 мг.

Ципрамил имеет благоприятный кардиальный профиль: применение препарата в терапевтических дозах не сопровождается кардиотоксическими эффектами (колебаниями артериального давления, изменением частоты сердечного ритма), в том числе у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями [17]. Метаанализ

нескольких исследований с участием более чем 1400 пациентов, 30% из которых были лицами пожилого возраста, показал, что препарат не оказывает значимого влияния на продолжительность интервалов P-Q,, Q-T, комплекса QRS и процессы реполяризации миокарда [18].

Мы исследовали клиническую эффективность ципрамила и безопасность его применения у 20 больных ИБС через 3-6 мес после перенесенного ИМ. Оценивали также переносимость препарата и его влияние на показатели качества жизни больных. У всех больных, включенных в исследование, имелась верифицированная депрессия (>8 баллов - по Госпитальной шкале тревоги и депрессии и ≥ 19 баллов - по Опроснику депрессии Бека). Ципрамил назначали в дозе 20 мг/сут (1 таблетка) в дополнение к терапии, рекомендуемой после ИМ. Большинство больных получали комбинацию: аспирин + β -блокатор + нитрат + ингибитор ангиотензинпревращающего фермента.

Курс лечения ципрамилом в течение 42 дней обеспечил значительный антидепрессивный эффект (снижение суммарного балла по Опроснику депрессии Бека на 50% и более от исходного уровня) у 89% больных. Больные отмечали улучшение настроения, нормализацию сна (облегчение засыпания, увеличение продолжительности сна, исчезновение чувства невыспанности), улучшение аппетита, уменьшение чувства беспокойства, страха за сердце, раздражительности. Препарат оказывал некоторый стимулирующий эффект: уменьшалась утомляемость, возрастала двигательная активность, работоспособность.

Помимо улучшения психологического статуса отмечали редукцию соматических жалоб, в том числе жалоб на боли и неприятные ощущения в области сердца, перебои в работе сердца, чувство похолодания и онемения конечностей. На фоне лечения наблюдали положительную динамику показателей качества жизни больных (увеличение суммарного показателя качества жизни к концу курса лечения на 28,4%; $p < 0,001$). Кардиальный профиль ципрамила у больных ИБС, перенесших ИМ, был благоприятным. Препарат существенно не влиял на уровень артериального давления, частоту сердечных сокращений, не оказывал аритмогенного и проишемического эффектов (по данным суточного мониторирования ЭКГ). Переносимость ципрамила у 74% больных была отличной, у 21% – хорошей (отмечались незначительно выраженные сонливость, головокружение, потливость, не потребовавшие отмены препарата).

Имеющиеся на сегодня данные свидетельствуют о том, что препараты группы СИОЗС (в том числе ципраamil) обеспечивают достаточную эффективность и безопасность при лечении коморбидных депрессий у больных ИБС. Назначение СИОЗС избавляет больных от симптомов депрессии, улучшает их клиническое состояние в целом и, возможно, положительно влияет на прогноз основного заболевания. В настоящее время проводятся два больших многоцентровых контролируемых исследования по коррекции депрессивных расстройств у больных ИБС – SADHART (с использованием СИОЗС) и ENRICH (с

использованием психотерапии). Эти исследования через несколько лет дадут ответ на вопрос, способствует ли лечение депрессии помимо улучшения клинического состояния снижению показателей смертности у больных, перенесших ИМ.

Литература

1. Копина О.С., Сулова С.Ф., Заикин Е.Р. Кардиология, 1996; 3.
2. Barefoot JC, Scholl M. Circulation 1996; 93: 1976-80.
3. Wulsin L, Vaillant G, Wells V. Psychosom Med 1999; 61: 6-17.
4. Carney RM, Rich MW, Tevelde A. et al. Am J Cardiol 1987; 60: 1273-5.
5. Зайцев В.П., Айвазян Т.А., Погосова Г.В. и др. Кардиология, 1997; 8: 29-30.
6. Anda R, Williamson D, Jones D. et al. Epidemiology 1993; 4: 285-94.
7. Nemeroff CB, Musselman DL. Am Heart J 2000; 140: S57-62.
8. Погосова Г.В., Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Влияние операции аортокоронарного шунтирования на качество жизни больных. Материалы IV Российской конференции по реабилитации и вторичной профилактике. М., 2001.
9. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Circulation 1995; 91: 999-1005.
10. Penninx BW, Guralnik JM, Mendes de Leon CF. et al. Am J Cardiol 1998; 81: 988-94.

11. Krittayaphong R, Cascio WE, Light KC. et al. Psychosom Med 1997; 59: 231-5.
12. Walkins LL, Grossman P. Am Heart J 1999; 137: 453-7.
13. Spertus JA, McDonell M, Woodman CL, Fihn SD. Amer Heart J 2000; 140: 105-10.
14. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, 1990.
15. Hyttel J. Int Clin Psychopharmacol 1994; 9 (Suppl. 1): 19-26.
16. Montgomery SA, Pedersen V, Tanghoj P. et al. Ibit 35-40.
17. Baidwin D, Johnson FN/ Rev Contemp Pharmacother 1995; 6: 315-25.
18. Rasmussen SL, Overo KF, Tanghoj P. J Clin Psychopharmacol 1999; 5: 407-15.

3. ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЫХАНИЯ

Тополянский В. Д.,

Струковская М. В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1986. 160-168

Тополянский В. Д.,

Струковская М. В. Психогенная одышка

Дыхательный компонент наряду с сердечно-сосудистым остается важнейшей составной частью когда-то весьма существенных приспособительных реакций, требовавших стремительного повышения окислительного потенциала организма при острых стрессовых ситуациях. «Отзывчивость» его на все виды деятельности организма настолько велика, что по изменениям пневмотахограммы и особенностям дыхательной функции можно безошибочно судить о характере и силе возбуждения центральной нервной системы [Анохин П. К., 1956]. Более или менее выраженные респираторные нарушения оказываются в связи с этим одним из основных способов выражения «внутренней ситуации при сильных или скрытых волнениях духа», требующих или требовавших когда-то активного мышечного движения в виде столкновения или бегства [Christian P., 1959], аффектов стенического (ускоряющего дыхание и частоту сердечных сокращений) и астенического (замедляющего указанные процессы) характера; они возникают как закономерный результат психической травмы на высоте тревоги и страха или в горе и могут вызываться в гипнозе путем внушения определенной

эмоции. Особое значение имеет концентрация внимания на дыхательной функции. Так, В. Ф. Зеленин во время лекции просил студентов проследить за своим дыханием, а через 1–2 мин предлагал поднять руку тем, кому стало трудно дышать: руку поднимали более половины слушателей.

Жалобы на одышку (даже при ординарной физической нагрузке и нередко в покое) высказывают 76 % больных в клинике невротических состояний [Истаманова Т. С., 1958]. Постоянное или периодическое ощущение нехватки воздуха испытывают практически все больные с ипохондрическими расстройствами; не случайно Н. Highmore (1651) считал одышку чуть ли не основным симптомом ипохондрии. «Лом и колотье во вдохах, в груди тяжкое дыхание» в сочетании с «трепетанием или дрожанием сердца и ломом как в голове, так и в других членах» описано у молодых людей, чрезмерно озабоченных состоянием своего здоровья, еще в XVIII веке [Чулков М. Д., 1790].

С неприятным ощущением заложенности или стягивания в верхней части грудной клетки и легким «внутренним» головокружением связаны обычно жалобы больных на нарушение важнейшей функции организма – дыхания, которое становится объективно все более поверхностным, а субъективно все более скованным и тяжким («не так дышится; нет свободы и легкости в дыхании; как будто в груди мешает что-то, сжалось и не отпускает, не дает ни вдохнуть, ни выдохнуть, теснит и задавливает легкие, препятствует свободному прохождению воздуха»).

Неудовлетворенность вдохом, невозможность «полного вдоха» и чувство нехватки воздуха («дышать нечем, словно что-то перекрывает вдох или объем легких маловат») – «голод воздухом», по А. А. Остроумову (1895), скованность дыхания (симптомы «дыхательного корсета» на высоте аффективного напряжения) заставляют больных открывать настежь двери и форточки или выбегать на улицу «на свежий воздух».

Ощущение «какой-то заслонки, преграды в груди» и явления «дыхательного корсета» локализуются преимущественно в горле («как будто комок ваты или что-то постороннее застряло там») и в верхних отделах грудной клетки, реже – над левой лопаткой или в эпигастральной области. В основе их лежат чаще всего спастические расстройства (*globus hystericus*), иногда обостряющиеся после местной анестезии, или ипохондрическая фиксация на неприятных ощущениях, связанных, например, с хроническим фарингитом или ларингитом либо острыми воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей в анамнезе; у отдельных больных возможно в период депрессии даже «чувство легкого» в области перенесенной в прошлом пневмонии («как будто там висит что-то, а может быть, просто мысли к этому месту прикованы; дышу только правой верхушкой, а в нижнюю долю воздух не проходит»).

Одним из факторов, способствующих развитию психогенной одышки и «дыхательной ипохондрии», может оказаться также синдром укачивания. Это патологическое

состояние (известное как морская, воздушная, лифтная или автомобильная болезнь) нередко возникает на фоне артериальной гипотензии и соматогенной астении. Комплекс неприятных ощущений, обусловленных более или менее длительным воздействием прямолинейных, угловых или радиальных ускорений, с выраженным учащением дыхания и даже установлением его в ритме качания (особенно при передвижении водным транспортом) появляется первоначально лишь в переполненном автобусе или скоростном лифте, затем – в любом виде транспорта и при любом виде передвижения (даже при ходьбе по пересеченной местности) и, наконец, уже на ступеньках эскалатора метро, в закрытых помещениях, в толпе и просто при одной мысли о необходимости куда-то идти или ехать. Именно эти ощущения скрываются подчас за жалобами таких больных на одышку при движении (а в конечном счете и при малейшем физическом усилии) со страхом смерти от «остановки сердца» даже при полном отсутствии каких-либо объективных респираторных и кардиальных изменений или хотя бы кардиалгий.

Жалобы больных с психогенной одышкой необычайно разнообразны: сухость, жжение, щекотание, стеснение, сжимание, ощущение першения или прилипшей крошки хлеба, онемения или даже одеревенелости в горле с почти непрерывной потребностью откашляться. Приступы невротического кашля – громкого, лающего или чаще сухого, непрерывного, хриплого, «чрезвычайно монотонного и неприятного для слуха» [Osier W., 1904] –

возникают обычно под влиянием резких запахов (гарь, газ, краски), в душном, плохо проветриваемом помещении (нередко на кухне), на высоте аффективного напряжения, при засыпании и быстрой смене фронта погоды. Некоторые из этих больных настороженно следят за всеми метеорологическими сводками, испытывая страх перед понижением атмосферного давления и повышением влажности воздуха в связи с усилением при этом кашля и симптомов «дыхательного корсета». «Иногда встречаются такие больные, которые кашляют не переставая, с утра до вечера: им едва остается немного времени, чтобы что-нибудь съесть или выпить, – замечает по этому поводу J. M. Charcot (1888). При развитой форме болезни такие больные иногда харкают кровью, хотя и не страдают чахоткой». Сухой упорный кашель вызывает непрерывное раздражение слизистой оболочки гортани и глотки (вплоть до развития в отдельных случаях ларингоспазма), не поддается, как правило, обычной терапии и полностью прекращается при нормализации аффективного статуса больного или под влиянием психотерапии. Этот кашель зачастую сочетается с внезапно наступающей (на высоте аффективной напряженности) и столь же внезапно исчезающей охриплостью, спастической дисфонией («гортанным заиканием»), когда нечистый, тихий, меняющий свою тональность, «белый» голос вдруг пресекается посреди оживленного разговора, или, реже, полной афонией (при нормальной звучности самого кашля и

сохраняющейся возможности смеяться, а подчас даже петь).

В начале разговора с врачом такие пациенты произносят куцые отрывистые фразы, временами переходящие в неразборчивый шепот, и, словно захлебнувшись воздухом, долго отдыхают после каждого как бы выдавленного из себя предложения или даже каждого слова. Лишь в конце продолжительной, нередко изматывающей врача беседы, но чаще при дальнейшем общении они постепенно оживляются, и невнятные на первых порах ответы сменяются многоречивыми, аффективно насыщенными жалобами.

Почти постоянное или резко усиливающееся при аффективном напряжении ощущение нехватки воздуха и заложенности в груди возникают у многих больных в определенные часы (либо по утрам, после пробуждения, либо по вечерам, при «трудном» засыпании, либо по ночам, при наплывах мыслей тревожно-депрессивного содержания) и нередко в соответствии с сезонными колебаниями аффективного состояния и общего самочувствия (на фоне подавленного настроения и стойкой артериальной гипотензии с жалобами на резкую слабость, головокружение и неустойчивость при ходьбе, тремор рук, нарушение засыпания, беспокойные сновидения, прерывистый сон и т. д.). Циклические нарушения самочувствия подобных больных весной и осенью подчас расценивают как последствия перенесенного «на ногах»

острого респираторного заболевания или «бестемпературного» гриппа.

Приступам психогенной одышки сопутствуют нередко привычные сердцебиения, усиливающиеся при волнении и ходьбе, и кардиалгии, переходящие порой в типичные на первый взгляд приступы загрудинной боли с чувством прекордиальной тоски и явным затруднением выдоха. Хроническую гипервентиляцию на фоне постоянной аффективной напряженности и выраженной тревоги рассматривают поэтому как основную причину псевдостенокардии [Wheatley C. E., 1975; Evans D. W., Lum D. C., 1977]. Даже при отсутствии кардиалгии такие пациенты всегда чувствуют свое сердце и обычно уверены в наличии у них серьезного патологического процесса в миокарде и сердечной недостаточности («дышать нечем, воздуха нет, – рассказывает один из наших больных, – пульс 110–120 ударов в минуту; похолодел, как лягушка, температура 34° С; лежу, дрожу весь; ну, думаю, конец – у меня самая настоящая ишемическая болезнь сердца; пульс стал 52 удара в минуту, на аорте пульса уже нет, одна мысль – сообщить родным, успеть бы...»).

Невозможность сделать полный, глубокий вдох, необходимость в котором многие больные испытывают время от времени (неудовлетворенность своим дыханием, воспринимаемая ими как свидетельство сердечной или легочной недостаточности), и симптомы «дыхательного корсета» (довольно нередкие, в частности, при лабильной юношеской гипертензии) расценивают как одно из наи-

более ярких проявлений маскированной депрессии [Hole G., 1972]. Характерно, что ощущения нехватки воздуха и невозможности полного вдоха со страхом смерти от удушья или остановки сердца нередко сочетаются при психосоматических расстройствах с полным равнодушием к действительно имеющемуся органическому заболеванию (например, язве желудка).

Психогенные респираторные нарушения проявляются прежде всего форсированным поверхностным дыханием с беспричинным учащением и углублением его вплоть до развития «дыхания загнанной собаки» на высоте аффективного напряжения. Частые короткие дыхательные движения, как при обтирании или обливании холодной водой, чередуются при этом с произвольными глубокими вдохами, не приносящими чувства облегчения, и последующей непродолжительной задержкой дыхания. Волнообразное нарастание амплитуды и частоты дыхательных движений с последующим их уменьшением и возникновением коротких пауз между этими волнами может создавать впечатление неустойчивого дыхания Чейна – Стокса, действительно наблюдающегося иногда в структуре истерических расстройств. Это ощущение кратковременной остановки дыхания (когда «все тело замлевет и жизнь уходит», поскольку «чтобы жить, надо дышать!») вызывает у больных чрезвычайную тревогу и почти неизбежно становится объектом ипохондрической фиксации. «Кислорода в крови нет совсем, – рассказывает один из таких больных (с обморочными состояниями на фоне

артериальной гипотензии в анамнезе), – левая половина грудной клетки уже не дышит, какая-то дрожь проходит по всему телу, руки-ноги отнимаются и сознание медленно угасает – умираю!»

Наиболее характерны, однако, пароксизмы частого поверхностного дыхания грудного типа с быстрым переходом от вдоха к выдоху и невозможностью длительной задержки дыхания даже при ингаляции кислородно-воздушной смеси. Примерно 1/3 мужчин с диагнозом «неврастения» могут произвольно задержать дыхание на вдохе лишь на 20–40 с вместо 50–60 с в норме и 1/3 женщин – на 15–30 с вместо 40–50 с [Шатров А. А., 1961; Wood P., 1968]. К клиническим особенностям «невротического дыхания» относится и нередкое у этих больных углубление вдоха при неполном выдохе (когда диафрагма, как установлено при рентгенологических исследованиях, не поднимается так высоко, как в норме) или, наоборот, резкий укороченный вдох с длинным затянутым выдохом, иногда почти стоном.

Известно, что каждая из основных реакций организма обладает, по П. К. Анохину (1956), своими, определенными особенностями дыхательного компонента. Характер изменения респираторных нарушений по мере развития тревожно-ипохондрического состояния свидетельствует о первоначально ориентировочной реакции (почти всегда начальный глубокий вдох, переходящий в мелкие и частые дыхательные движения), а затем, на высоте тревоги, – оборонительной (с дыхательной дизритмией и

преобладанием инспираторного компонента). Явное активирование при этом вспомогательной дыхательной мускулатуры сопровождается болезненными ощущениями в области межреберных мышц.

Крайняя неравномерность дыхательного ритма, более или менее выраженная функциональная дизритмия дыхания (бесконечные вариации интенсивности и глубины последнего с утратой ощущения полноценного вдоха) наступает чаще всего эпизодически (на высоте аффекта), но может сохраняться при определенном аффективном состоянии в течение дней, недель и месяцев. Физическая нагрузка сопровождается в таких случаях более выраженным, чем в норме, учащением дыхания. Тахипноэ и возрастание минутного объема дыхания не способствуют увеличению потребления кислорода и не снимают, таким образом, ощущения неполноценности вдоха. Резервные возможности дыхания не используются при этом полностью: жизненная емкость легких у большинства больных не достигает нормы или остается на нижней ее границе.

Психогенные расстройства дыхания выявляются обычно на фоне угнетенного настроения, страха и тревоги, обуславливающих нередко не соответствующую жалобам чрезмерную подвижность больных или явное двигательное беспокойство. Тревога и страх смерти от удушья (все большая убежденность больных в наличии у них тяжелого патологического процесса в легких и тревожное самонаблюдение с регистрацией и постоянным анализом

малейших изменений дыхательного ритма) обуславливают упорную искусственную гипервентиляцию, приобретающую подчас навязчивый характер, или, наоборот, хроническую гиповентиляцию в результате ограничения, подавления нормальных дыхательных движений. К установлению «щадящего» режима дыхания особенно склонны больные, уверенные в развитии у них не только легочной, но прежде всего сердечной недостаточности.

Вершиной респираторных расстройств в клинике скрытой депрессии становятся приступы мнимой невротической астмы – пароксизмальные обострения психогенной одышки с числом дыхательных движений до 40 – 50 (иногда 60) в 1 мин, заставляющие думать об истинной дыхательной недостаточности. Психогенный status asthmaticus возникает на фоне аффективной напряженности самого различного генеза и нозологии (от невротической до эндогенной). Непосредственным поводом для развития псевдоастматических приступов может служить любое «волнение и расстройство» (во время беседы с врачом, при входе в процедурную, перед операцией, при рентгенологическом исследовании, в одиночестве, «когда никто не сможет помочь», и т. п.). Подобные пароксизмы встречаются, как правило, при наличии в анамнезе острых или хронических заболеваний верхних дыхательных путей или, реже, острых интоксикаций (в частности, алкоголем), вынуждающих больных дышать через рот в связи с чувством нехватки воздуха или даже удушья. Не случайно стойкое ощущение

нехватки воздуха возникает у ряда больных после пережитого хотя бы раз в жизни страха смерти от удушья.

Так, один из наших больных испытывал это ощущение в закрытых помещениях (не мог в связи с этим есть в столовой) после того, как пережил острый страх смерти от удушья в туалете (считал, что его заперли: кричал, звал на помощь; бросился на пол, судорожно дыша через щель под дверь, которая, как выяснилось, просто открывалась в другую сторону). Этот же больной мог в период ипохондрической депрессии «акцентировать внимание» на том, что в самолете всем жарко, и тут же начинал задыхаться; вместе с тем при других обстоятельствах действительно надолго оказался в духоте, и сам с удивлением констатировал потом отсутствие каких-либо неприятных ощущений.

Гипервентиляционный синдром сочетается или перемежается, как правило, с жалобами на слабость и общее недомогание, резкую потливость и чрезвычайную сухость во рту, головокружение и тошноту, зябкость и похолодание конечностей, сердцебиение (с объективно констатируемой умеренной тахикардией, а иногда и множественной экстрасистолией); возможны также судорожные сокращения икроножных мышц и пальцев рук, парестезии и всевозможные неприятные ощущения в различных частях тела. На высоте подобного состояния с наплывами мыслей тревожно-депрессивного содержания появляются или резко усиливаются неприятные ощущения сжатия и давления в грудной клетке, жара или озноба во

всем теле, «внутреннего» головокружения и потемнения в глазах. Известное своеобразие «собственно дыхательной ипохондрии» как одного из нередких вариантов «ненормального обхождения с собственным телом» [Christian P., 1959] определяется, таким образом, лишь объектом ипохондрической фиксации.

К числу типичных, хотя и необязательных клинических особенностей психогенных псевдоастматических приступов относится также специфическое шумовое оформление дыхания: подчеркнуто стонущий его характер, вздохи, напоминающие иногда непрерывную судорожную икоту или какое-то оханье; легкое посвистывание на вдохе или просто очень звучный, шумный выдох через сомкнутые или сложенные в трубочку губы, а иногда – совершенно необычные инспираторные звуки, напоминающие свистящее дыхание при коклюше. Мокрота при этом, как правило, не отделяется (ни во время самого приступа, ни по его окончании) и какие-либо хрипы в легких (сухие свистящие или крепитирующие мелкопузырчатые) не выслушиваются. Отдельные больные (в основном лица, имеющие медицинское образование) способны, однако, задерживать дыхание или резко уменьшать его глубину при аускультации одной половины грудной клетки, что при поверхностном обследовании (и, в частности, без одновременного выслушивания обоих легких и проведения перкуссии) может создавать впечатление ослабленного везикулярного дыхания и даже обширного патологического процесса в легочной ткани. По окончании приступа

невротической астмы больные испытывают чрезвычайную слабость, разбитость, сонливость; возможна тягостная икота (иногда в течение нескольких дней) или, реже, непреодолимая зевота.

В формировании любых дыхательных расстройств всегда принимает участие лимбическая система головного мозга [Франкштейн С. И., 1974]. Чувство нехватки воздуха неминуемо сопровождается поэтому тягостными переживаниями, а страх и тревога вызывают в свою очередь функциональное диспноэ. Испытанное однажды независимо от повода ощущение острой недостаточности дыхания может зафиксироваться в долгосрочной памяти и в дальнейшем неоднократно воспроизводиться при очередном респираторном заболевании либо под влиянием эмоционального стресса. Тем не менее подобных больных направляют порой на стационарное лечение с диагнозом «обострение хронического обструктивного бронхита» или даже «некупирующийся приступ бронхиальной астмы». Безапелляционное включение «проблемных» пациентов в контингент лиц, страдающих синдромом бронхиальной обструкции, рано или поздно влечет за собой и применение глюкокортикоидов, после чего за этими больными пожизненно закрепляется ятрогенный ярлык бронхиальной астмы. Знаменитый тезис Р. Декарта – мыслю, следовательно, живу – превращается отныне в буквально понимаемый девиз: пока дышу, значит – существую; и насущным хлебом больного становится в итоге поддерживающая доза гормонального препарата.

Особый интерес представляет нередкая в широкой врачебной практике (особенно отоларингологической) резкая гиперестезия слизистой оболочки гортани, когда малейшая примесь пыли к вдыхаемому воздуху или даже просто холодный воздух сразу же вызывает у больных неприятные ощущения в горле («першит, щекочет, мешает чем-то, на улицу не могу выйти») или приступы сухого надсадного кашля. Подобные явления ложатся обычно в основу невротического кашля и психогенной гипервентиляции; возможен также кратковременный спазм мышц голосовой щели с развитием иногда легкого цианоза. Это ощущение внезапного удушья («шелкового шнурка», неожиданно перетягивающего и полностью сдавливающего шею) порождает чувство такого ужаса, что один из наших больных на высоте ипохондрического раптуса, сопряженного с ларингоспазмом, выскочил из больничного окна 1-го этажа «на свежий воздух» (вместо того чтобы дойти до ординаторской или поста дежурной медицинской сестры) и вернулся в палату лишь спустя несколько часов, «до конца отдышавшись».

Возникающее впервые при сильном волнении, на высоте аффективного напряжения (как у детей после чрезмерного возбуждения или испуга) или при случайном поперхивании во время еды спастическое сокращение мышц гортани может рецидивировать в последующем под воздействием любой отрицательной эмоции и даже под влиянием ярких аффективно окрашенных представлений. Образующийся в итоге патологический стереотип

оказывается нередко ведущей или даже единственной формой или способом соматического выражения отрицательных эмоций для данного индивида и по выходе из депрессивного состояния. Описан, например, больной шизофренией со страхом удушья, в течение 7 лет остававшимся как бы «островком, несущим известную эмоциональную окраску на общем фоне эмоциональной тупости» [Озерецковский Д. С., 1925].

Неприятные и болезненные ощущения в горле (зачастую в сочетании с повышенной чувствительностью слизистой оболочки полости рта и языка) закономерно становятся объектом ипохондрической фиксации больных и расцениваются ими как «бестемпературные ангины» и хронический ларингит. Склонные к самодиагностике и самолечению, эти пациенты всячески оберегают себя от малейшего ветерка (и особенно сквозняка) и вступают в острые конфликты с окружающими по поводу открытых форточек и окон в больничной палате и квартире, на производстве и в общественном транспорте. Самые непримиримые враги курильщиков, они «задыхаются» от табачного дыма в цветущем саду; месяцами или даже годами говорят чуть ли не шепотом, «оберегая» свои голосовые связки от чрезмерного напряжения; систематически «обрабатывают» глотку и небные миндалины раствором Люголя в борьбе с «инфекцией» и доводят до отчаяния отоларингологов, не обнаруживающих у них каких-либо патологических изменений в полости рта, глотке и гортани. Постоянно жалуясь на «бесконечные

ангины», такие больные добиваются тонзиллэктомии, которая лишь усугубляет обычно имеющиеся у них неприятные ощущения. Заметное или даже значительное ухудшение состояния этих больных (возобновление или усиление психогенной одышки, кардиалгий, артралгий или всевозможных болезненных ощущений в брюшной полости) на фоне постоперационной астении служит в связи с этим довольно точным, хотя и ретроспективным свидетельством нерациональности произведенной тонзиллэктомии.

Субъективная обоснованность беспричинных, казалось бы, жалоб этих больных на ощущение нехватки воздуха, одышку и удушье подтверждается, однако, данными исследования газового состава и кислотно-основного состояния артериальной крови. Искусственная гипервентиляция закономерно вызывает гипероксигенацию крови и гипокапнию с появлением легкого головокружения, усиленного потоотделения, сердцебиения, тошноты и главное снижением потребности во вдохе (что и обуславливает чередование глубоких вдохов, не дающих облегчения, с кратковременной задержкой дыхания). Электрическая активность дыхательных мышц при гипокапническом апноэ отсутствует. Однако на определенной стадии гипервентиляционной гипокапнии возможна непрерывная инспираторная активность диафрагмы с дальнейшим возбуждением, а не угнетением дыхания [Франк-штейн С. И., 1974]. Именно этим объясняется скорее всего феномен «дыхания загнанной собаки».

Вместе с тем содержание оксигемоглобина в артериальной крови при постоянном страхе и тревоге этих больных за свою жизнь и здоровье падает при выполнении ими физической работы, как правило, значительно быстрее и до более низкого уровня, чем у здоровых. Чем острее тревога и страх больного за свое состояние, тем больше склонность его к гипоксическим состояниям, для возникновения которых на высоте ипохондрического раптуса достаточно даже незначительного умственного напряжения или тем более физического усилия.

Изменения кислотно-основного баланса, связанные с гипервентиляцией на высоте аффективного напряжения или при убеждении больных, что в помещении «душно», сводятся к развитию компенсированного респираторного алкалоза.

В ряде случаев к нему присоединяется компенсированный метаболический ацидоз за счет возрастания уровня лактата в крови; пузырная моча содержит при этом много гидрокарбоната и приобретает щелочную реакцию [Агапов Ю. Я., 1968; Lie Н., 1974]. Смещение кислотно-основного состояния крови в кислую сторону по окончании пробы с дозированной физической нагрузкой (велоэргометрии) не достигает, однако, у этих больных значений, свойственных здоровым людям [Маколкин В. И. и др., 1975].

Формирование респираторного алкалоза сопровождается редукцией церебрального кровотока (с угрозой помрачения сознания и обморочного состояния),

сокращением кровоснабжения кожных покровов (с ощущением похолодания дистальных отделов конечностей и возможностью легкого акроцианоза) и снижением концентрации ионизированного кальция и органических фосфатов в крови (с повышением нейромышечной возбудимости вплоть до развития в отдельных случаях тетанического судорожного синдрома). Психогенная гипервентиляция неизбежно приводит и к нарушениям метаболизма сердечной мышцы как за счет усиления окислительных процессов при отрицательных эмоциях, так и в результате смещения кривой диссоциации оксигемоглобина влево с ухудшением доставки кислорода к тканям. Именно развитием гиокапнии и респираторного алкалоза на фоне выраженной эмоциональной напряженности с преобладанием повышенного тонуса симпатико-адреналовой системы объясняются прежде всего неспецифические отклонения ЭКГ (преимущественно в грудных отведениях) в клинике психосоматических расстройств: спонтанные суточные колебания векторов QRS и T в пределах физиологических показателей (в соответствии с изменениями аффективного статуса больных), инверсия позитивного зубца T, длительное «застывание» отрицательного зубца T, депрессия сегмента ST и в ряде случаев транзиторные нарушения сердечного ритма (вплоть до мерцания предсердий) на высоте психогенной гипервентиляции. Подобные сдвиги ЭКГ трактуют обычно как проявления нейроциркуляторной дистонии и вегетативной дисфункции, а в последние годы – как

следствие так называемой функциональной кардиопатии [Ханина С. Б., Ширинская Г. И., 1971; Маколкин В. И. и др., 1975].

Аналогичные нарушения ЭКГ отмечаются у этих больных и после выполнения теста с гипервентиляцией – быстрых форсированных вдохов с короткими выдохами в течение 30–45 с. Положительные результаты пробы с гипервентиляцией и отрицательные – теста с дозированной физической нагрузкой позволяют думать о психогенном характере сдвигов ЭКГ. Предварительный прием транквилизаторов препятствует смещению сегмента ST книзу и негативизации зубцов Т, что также может быть использовано для дифференциации электрокардиографических изменений, обусловленных гипервентиляцией или органическим поражением сердечной мышцы. О функциональном характере сдвигов ЭКГ, связанных с явным повышением тонуса симпатико-адреналовой системы, свидетельствуют, кроме того, положительные результаты тестов с применением алкалоидов спорыньи и р-адреноблокаторов.

Необходимо подчеркнуть, наконец, что чрезвычайное сходство электрокардиографической картины при эмоциональной гипервентиляции, с одной стороны, и компенсированной недостаточности митрального клапана или после перенесенного миокардита – с другой, требует крайней осторожности в интерпретации ЭКГ и тем более объяснении этих сдвигов больному.

Следует отметить вместе с тем, что эти больные имеют полное право и на синдром острой коронарной недостаточности, особенно при наличии хотя бы незначительного стенозирования венечных сосудов. Известно, что быстрое внутривенное вливание 200 мл щелочного буферного раствора с последующей гипервентиляцией в течение 5 мин способно спровоцировать спазм венечных артерий с развитием ангинозного приступа и появлением на ЭКГ признаков острой ишемии миокарда [Weber S. et al., 1981]. Аналогичный эффект может вызывать, очевидно, сочетание исходного метаболического алкалоза у ряда «проблемных» пациентов, склонных к самолечению самыми причудливыми диетами и злоупотреблению слабительных средств, с психогенной гипервентиляцией, возникающей на высоте аффекта.

Пароксизмы психогенных респираторных нарушений необходимо дифференцировать от острой дыхательной недостаточности, обусловленной интерстициальным легочным отеком или синдромом бронхиальной обструкции. Истинная острая дыхательная недостаточность проявляется сухими и влажными хрипами в легких и отделением мокроты во время или по окончании приступа; прогрессирующая артериальная гипоксемия способствует в этих случаях развитию нарастающего цианоза, резкой тахикардии и артериальной гипертензии.

Для пароксизмов психогенной гипервентиляции характерно нормальное насыщение артериальной крови кислородом, что позволяет больным сохранять

горизонтальное положение с низким изголовьем. Жалобы на удушье нередко сочетаются при этом с усиленной жестикulyацией, чрезмерной подвижностью или явным двигательным беспокойством, не утяжеляющим клинического состояния больных. Приступы мнимой астмы не сопровождаются ни цианозом, ни заметными изменениями пульсовой волны. На высоте пароксизма возможна тенденция к умеренной артериальной гипотензии. Мокрота, как правило, не выделяется, а хрипы в легких не выслушиваются.

Психогенное происхождение приступа подтверждает и выраженная лабильность респираторных нарушений: внезапные переходы от равномерного и спокойного дыхания к резко учащенному, поверхностному и аритмичному на высоте аффективных расстройств и от пароксизмальной гипервентиляции – к нормальному дыханию при уменьшении эмоциональной напряженности, переключении внимания больного, под влиянием психотерапии. Правильному распознаванию мнимой невротической астмы способствует, наконец, выявление циклических ухудшений состояния больных в соответствии с колебаниями аффективного статуса и отчетливой связи приступов тахипноэ и дыхательной аритмии с воздействием психотравмирующих факторов.

Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – С.704-709

Малкина-Пых И.Г. Бронхиальная астма

Картина личности

Бронхиальная астма (БА) является классическим примером многофакторно обусловленной болезни, при которой взаимодействуют многочисленные компоненты, в основном психосоматические, инфекционные и аллергические. Эмоциональные факторы вряд ли сами по себе могут создать достаточные условия для развития болезни, но у биологически предрасположенного к ней человека они могут привести в действие астматический процесс (Boiten, Frijda, 1994).

По данным ряда исследований (Lehrer et al., 1993) личность больных БА характеризуется рядом специфических особенностей.

Психологическая метафора бронхиальной астмы - затруднение выживания, неспособность «дышать полной грудью» в этом сложном мире. Препятствия возникают у беззащитного ребенка, когда любви родителей недостаточно, а самостоятельное дыхание - это единственная функция человека, которая появляется только после рождения. Все другие признаки нашей жизнеспособности формируются еще в материнской утробе, где уютно и безопасно, а все жизненные потребности обеспечены автоматически (Радченко, 2002).

Момент рождения - это тяжелый труд и сильный страх: «Что за мир там, снаружи?» К счастью, там существуют мама и папа, которые способны обеспечить ту же безопасность и тот же комфорт. Но если их внимания и

заботы не хватает, то первая система, которая подвержена риску сбиться и потерять правильный ритм, - это дыхание. Впрочем, бывает и другая причина - забота родителей так велика, что ни один вдох или выдох просто невозможно сделать самостоятельно, все время кто-то помогает их сделать за тебя. Недостаток заботы и ее избыток в равной мере лишают способности быть нестесненным, «дышать свободно».

Дети бессознательно ищут выхода, срабатывает жизненный инстинкт, и более тяжелые проявления болезни у них появляются для того, чтобы менялась «тактика спасения».

Взрослые пациенты с бронхиальной астмой забывают свою детскую историю, но обострение их заболевания происходит, как правило, когда надо проявить смелость, ответственность, независимость или суметь пережить печаль, одиночество.

Попытки выявить «ответственные» за возникновение БА психические конфликты, поиск предрасполагающих к их возникновению личностных особенностей привели к гипотезе о существовании специфического патогномичного для заболевания «профиля личности», предрасполагающего к его манифестации (Jones et al., 1976). Основные характеристики такого «профиля личности» у больных БА определяются как склонность «подавлять депрессию и агрессию» (Mellett, 1978), «сдерживать реакции на фрустрирующее воздействие» (Groen, 1982; Groen, Pelser. 1960), преобладание

«нементализируемых переживаний» (Mitrani, 1993), «повышенная нервность, чрезмерная возбудимость либо вялость, повышенная истощаемость», «высокая тревожность» (Тхостов, Арина, 1990). Патогномоничный для пациентов БА «профиль личности» ассоциируется с проявлениями алексетимии (Nemiah et al., 1970; Nemiah, 1975; Sifneos, 1973; Brown et al., 1981) - механистичным характером мышления, проявляющимся в неспособности фантазировать, стремлении оперировать конкретными понятиями. В поведении и чертах личности больных часто обнаруживаются реакции с защитой эмоциональных, прежде всего агрессивных, побуждений, а также скрытое желание нежности и близости. За псевдоиндифферентным или даже агрессивным поведением может скрываться сильная потребность в любви и поддержке (Bastiaans, Groen, 1954).

Общепринятым считается значение агрессии. Агрессия у астматиков не вытесняется. Так как она переживается как опасная, больной не может ее выразить, он не может «выпустить свой гнев на воздух». Это проявляется в приступах удушья. Астматики очень сильно переживают агрессивность, но не проявляют ее; они недоверчивы и подозрительны и поэтому не склонны к самопожертвованию. У астматиков часто обнаруживаются реактивные образования, которые замещают агрессивные тенденции, и желание близости (Braeutigam, Christian, 1973) часто проявляются расстройства в сексуальной сфере (Loch, 1971) полнее принимают себя такими, какие есть,

путем смятения системы невротических требований к себе не из-за ограничения личностных и других ресурсов, а в связи с заболеванием другими словами, это больные со сниженной самоопекой непосильными. Завышенными требованиями к себе и тягостным сознанием своей не-состоятельности, защитой от которой становится приступ БА. Основным в клинической проявлении БА является появление астматических симптомов в характерных для данного пациента условиях. Причины появления такого приступа могут быть обусловлены декомпенсацией психологической защиты от эмоционального напряжения вследствие «просачивания» в сознание травмирующей информации, указывающей на неадекватное восприятие образа «Я» больною (преобладание внутриличностного конфликта) в случае неадекватного требования к себе пациентов с неврастеноподобным механизмом. При истероподобном механизме больных отличает повышенный уровень притязаний к значимым лицам (семья, производственный коллектив, мед персонал) и искажение образа в «Мы в семьях в случаях привычного манипулирования липами значимого окружения, когда желаемого результата больной достигает с помощью приступа. Рисунок поведения этих больных отличается тенденцией перекладывать ответственность за себя и за то, что с ними происходит в жизни, на окружающих, повышенными требованиями к окружающим и сниженными к себе, защитным манипулированием лицами значимого окружения.

Пациенты с психастеноподобным вариантом БА отличаются повышенной тревожностью, блокированием эмоций, несформированностью собственной ценностной системы, зависимостью от лиц значимого окружения и низкой способностью к самостоятельным решениям. Приступ БА может появиться при необходимости принять ответственное решение из-за нарастания тревоги. «Условная приятность» приступа заключается в том, что он избавляет пациентов от этой необходимости.

В случае шунтового механизма приступ появляется у робкого, тревожного больного при вовлечении его в качестве арбитра (или «стрелочника» - shunter) в конфликт родственников. В этом случае приступ необходим для разрядки непродуктивной невротической конфронтации членов семьи и для получения внимания и заботы во время приступа инфантильным и зависимым астматиком. Таким образом, он заключает в себе черты и истероподобного механизма (манипулирование окружением и перекладывание ответственности на значимых других» и психастеноподобного (тревожность, зависимость, сложность словесного выражения своего эмоционального состояния и резкое увеличение уровня тревоги при необходимости принятия решений).

Итак, можно выделить личностные черты, способствующие к развитию и фиксации дыхательных нарушений по нервно-психическому механизму. Это низкий уровень фрустрационной толерантности (недостаточная устойчивость к стрессам), склонность к блокированию

эмоциональных переживании, хрупкость и незрелость психологической защиты, неадекватное представление о себе, увеличение коммуникативной значимости «языка тела» (соматические ответы) низкий уровень сознания - замечания актуально переживаемых эмоций, желаний, потребностей - вследствие нарушения способности к словесному выражению чувств. Личностные особенности и невротические нарушения, а также неадекватные личностные реакции на заболевание (тревно-депрессивные, фобические, анозогностические, псевдо-анозогностические, истерические, ипохондрические) определяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму.

Характерными ситуациями, способствующими заболеванию являются выражения враждебно-агрессивных или нежных и преданных чувств. Такому проявлению чувств противостоит, однако, защита в форме актуальных ситуационных мотиваций или в виде характерной хронической невротической реакции, (сильные и часто амбивалентные переживания лежат в основе защиты вытеснения). Типично также сближение с чувством особого ожидания (так называемая «астма первой брачной ночи»).

4. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. Психосоматический больной на приеме у врача. Санкт-Петербург. 1996. – С. 67-79.

**Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф.
Аспекты пищевого поведения**

Питание

Стиль питания есть отражение аффективных потребностей и душевного состояния человека; последнее, в свою очередь, находится под его воздействием. При этом нельзя пройти мимо тесной связи тем любви и питания. Это нашло отражение в многочисленных бытовых оборотах - говорят о любовном голоде, о том, что любовь идет через желудок или что кого-то готовы "прямо-таки съесть". Наш орган приема пищи, рот, остается одновременно пожизненным слугой нежности и любви. Эта связь питания и любви прослеживается вплоть до ранних фаз развития.

Питание - первоначальный опыт.

Никакая другая жизненная функция не имеет в первое время нашего существования столь решающего значения, как прием пищи. Удовлетворение голода вызывает ощущение защищенности и хорошего самочувствия. Во время кормления ребенок ощущает первое утешение телесного неблагополучия. Кожный контакт с теплым, мягким материнским телом при питании дарит младенцу ощущение быть любимым. Кроме этого, он губами и языком ощущает сосание материнской груди как нечто приятное.

Сосанием большого пальца руки ребенок пытается позднее повторить этот приятный опыт. Таким образом, в переживании младенца остаются нераздельными чувства сытости, защищенности и быть любимым.

Чтобы не было длительных напряжений между матерью и ребенком, ему следует как можно дольше идти навстречу в его потребности пищевого удовлетворения и вкусе. Так прием пищи становится для него чем-то приятным. В основе этого принципа лежит т. н. принцип свободного доступа к питанию, согласно которому должны ограничиваться попытки раннего педагогического воздействия на ребенка с помощью питания. По принципу свободного доступа к питанию ребенку в первые месяцы жизни предоставляется самому определять время своего кормления. Если младенец голоден и кричит, ему следует сразу же предоставить грудь или бутылочку с питанием. Ребенок должен также определять, сколько потреблять пищи; питание не навязывается ему и ограничивается лишь по указаниям врача.

Ребенка также не следует специально будить для приема пищи. Перепеленать его надо лишь тогда, когда ребенок удовлетворен сытостью и готов заснуть. Питаемые таким образом младенцы развивают ритм сна, наблюдаемый у примитивных народов.

Начиная с 4 месяца жизни ребенок может уже подождать. Он играет сам с собой, слышит и смотрит, тем самым, создавая наилучшие возможности для приспособления к его временному ритму.

Противники этого метода утверждают, что нагрузка матери станет невыносимой, если она будет откликаться на каждый крик младенца и постоянно быть готовой обслужить его. Она таким образом станет рабом ребенка и не сможет ухаживать ни за собой, ни за другими членами семьи. Уже и без того имеющееся телесное и душевное отягощение молодой матери станет грузом, который не принесет пользы и самому новорожденному.

На это можно возразить, что младенец, как уже упоминалось, приспосабливается к ритму сна и бодрствования, а именно, к своему собственному, который оставляет матери возможности необходимого отдыха. Противники принципа свободного доступа к питанию упускают также из виду, что неудовлетворенное стремление младенца к питающей и защищающей матери ведет к внутреннему беспокойству, проявляющемуся в судорожном плаче, приступах ярости, нарушениях сна и пищеварения. Таким образом, младенцы, испытывающие фрустрацию в такой элементарной потребности, как питание, и сопровождающей его материнской заботе, требуют, в конечном счете, у матери больше внимания, чем грудные дети, чей зов к матери в связи с удовлетворением голода оказывается вовремя услышанным.

Кроме того, существует опасность, что у грудных детей остаются нарушения развития, если они фрустрированы слишком рано непонятным для них образом в их витальных потребностях. Если такой ребенок в конце концов получает питание, он часто пьет поспешно, не испытывая

насыщения. Этот тип поведения является ответом младенца на незащищенные, нарушенные отношения с матерью. Предполагается, что таким образом закладывается основа для позднейшего развития тенденций к захвату, зависти и Ревности.

Еще более решающей, чем метод кормления, является установка матери к своему ребенку. На это указывал уже Фрейд. Если мать не обращается с любовью к ребенку, если она при кормлении в мыслях далека от него или спешит, это может иметь следствием Развитие у ребенка агрессивности по отношению к ней. Эти агрессивные побуждения ребенок часто не может ни отреагировать, ни преодолеть, он может их лишь вытеснить. Это ведет к амбивалентной установке к матери. С одной стороны, организм готов для приема пищи. Если же ребенок бессознательно отвергает мать, это ведет к обратной нервной реакции, к спазмам, рвоте. Это может быть первым психосоматическим проявлением более позднего невротического развития.

В качестве еще одного примера можно привести т. н. трехмесячную колику. Неуверенные и боязливые матери переносят свое напряжение на ребенка. Эта неуверенность приводит к состоянию повышенного напряжения у ребенка, к спастическим болям и внезапному вскрикиванию. Если мать думает, что ребенок голоден и предлагает еще пищу, это повышает имеющееся напряжение и повторно провоцирует колики.

Результаты исследований Spitz (1945/46) также убедительно подтвердили, что достаточное и соответствующее требованиям гигиены, но безэмоциональное кормление не отвечает потребностям младенца. Spitz исследовал младенцев, помещенных в детском доме с недостаточным количеством персонала, в результате чего дети получали мало заботы. Они получали достаточное с гигиенически-биологической точки зрения регулярное питание. Если дети оставались более 5 месяцев в таком режиме, 1/4 из них умирала от нарушений пищеварения. Остальные демонстрировали тяжелые душевные и физические нарушения, многие из которых сохранялись в течение многих лет спустя. Spitz сделал интересное наблюдение: если увеличивалось число сиделок так, что каждый ребенок брался на руки с бутылочкой, если к нему обращались с улыбкой, такие нарушения не возникали, а уже существующие исчезали, когда длительность их не превышала 5 месяцев.

Уже Hufeland сделал это наблюдение: он пишет в своей книге, опубликованной в 1798 году, "Искусства продлевать человеческую жизнь", что из 7000 детей, ежегодно поступающих в парижские приюты, через 10 лет в живых оставались лишь 180. Он предполагал, что причиной этой смертности среди прочего является отрыв младенцев от матерей и от холодного с ними обращения в приюте.

Часто озабоченные родители жалуются врачу на ребенка, который "ничего не ест". Такие родители склонны к тому, чтобы не замечать связь между заботливым уходом

и приемом пищи. Часто уход за ребенком исчерпывается для них в том, что он ест достаточно. В благодарность за это они ожидают регулярный стул и круглые щеки. Их призывы к рассудку или к воле ребенка портят аппетит скорее, чем пробуждают его. Дети, которые, в основном, чувствуют себя заброшенными и одинокими, воспринимают родительские призывы часто лишь как средство для успокоения самих родителей и как скрытую угрозу дополнительного лишения их любви. Ребенок может очень по-разному реагировать на такое вымогательство родителей: он может из упрямства отказываться от пищи, он может есть лишь маленькими порциями и всегда с уговорами и, наконец, он может пассивно смириться с перекармливанием родителями - вплоть до ожирения. Вскрытие таких нарушений отношений лежащих в основе нарушений питания, является предпосылкой действенного лечения.

Питание - коммуникативный процесс.

Мы видели, что прием пищи имеет для младенца не только соматически-обменное значение, но и, кроме этого, он неразрывно связан с чувством защищенности, обращенной к себе любви и заботы, или же с противоположными чувствами. Этот опыт никогда полностью не стирается в последующей жизни. Гёте в "Вильгельме Мейстере" метко заметил, что никому не удастся преодолеть первые впечатления своего детства. "Голод" относительно защищенности, любви или признания может так влиять на желудок, как если бы речь шла о

питании в буквальном смысле. Часто такой голод любви ведет к чрезмерному приему пищи вплоть до обжорства. В исследованиях Cremerius (1968) об этиологии ожирения эта символическая связь играет решающую роль.

Mitscherlich (1961/1962) указывал на то, что перерывы на производстве часто служат не собственно удовлетворению в калориях, а в первую очередь снижению отрицательных эмоций и возбуждения, как это обычно испытывается младенцами в связи с приемом пищи.

Вообще прием пищи чрезвычайно пригоден для оживления настроения и самочувствия, что в аналогичной связи уже переживалось в прошлом. О таком опыте сообщает Пруст в своем романе "В поисках потерянного времени". Он описывает свои ощущения при наслаждении куском бисквита и чашкой чая:

"Я поднял ложку ко рту после того, как подхватил ею кусочек пирожного. В момент, когда жидкость с пирожным коснулась моего неба, я вздрогнул от необыкновенного переживания, всплывшего во мне. Как гром среди бела дня меня охватило восхитительное блаженство, о происхождении которого я не имел ни малейшего понятия".

Преобладавшее до того у Пруста чувство отчаяния исчезло, и он бросил себя, откуда взялось это ощущение счастья. Он сосредоточился на поиске происхождения этого чувства и в конце концов перед его глазами всплыла счастливая картина из далекой молодости: летнее утро, когда тетка угощала его чаем с бисквитами. Все было снова

явственно перед ним - летняя дача, соседский сад и Местечко Комбрэ - чудесная картина вновь развернулась перед ним как японский бумажный цветок.

В силу тесной связи еды и настроения, прием пищи не является самым подходящим пунктом для воспитательных мероприятий нравочений и напрягающих разбирательств. Ибо при неприятных переживаниях "у человека пропадает аппетит", затрудняется и снижается укрепление жизненной силы, которую должен нести с собой каждый прием пищи.

К здоровому питанию относится, наряду с дружеской атмосферой за столом, еда, приготовленная вкусно и производящая зрительное впечатление, стимулирующее аппетит.

В институте Бетесда недалеко от Вашингтона проведен интересный эксперимент по оценке психических влияний на аппетит и самочувствие. Для этого эксперимента отобрали добровольцами несколько мужчин, привыкших плотно и хорошо поесть. Они получали в качестве еды все, чего хотели, но должны были потреблять это через шланг в протертом виде; питание проводилось в маленькой пустой комнате. Эксперимент пришлось очень быстро прекратить в связи с потерей аппетита и прогрессирующим похуданием испытуемых.

Подобный эксперимент представляет собой, конечно, крайнюю ситуацию. Но для повседневной жизни из него можно сделать вывод, что для здоровья небезразлично, как подаются блюда, и какова внешняя обстановка, в которой

происходит прием пищи. Красиво накрытый стол и аппетитно приготовленная пища удовлетворяют не только чувство красоты. Наслаждение едой, не уменьшенное, но повышенное внешними моментами, полезно и для здоровья. Именно потому, что питание бессознательно связано с упоминавшейся потребностью в любящей заботе, безэмоциональное кормление представляет собой разочарование, которое при постоянном повторении может вести к вреду для здоровья.

Kaufmann (цит. По Mueller-Eckhard, 1970) обратил наше внимание на то, что различные средства питания указывают на определенные особенности структуры потребностей. В капитальной работе он классифицировал пищу относительно ее психологического фона. Так, он различает пищу с компонентами уверенности, вызывающую чувство защищенности (напр., молоко); пищу с магическим действием, дающую физическое укрепление (бифштекс, кровяная колбаса); пищу, подчеркивающую социальный статус (икра и прочие редкости); пищу взрослых, которая запрещена для детей (кофе, пиво, вино) и пищу, означающую благодарность или вознаграждение (например, сладости).

Поэтому страсть к лакомствам часто занимает место самовознаграждения на фоне скуки и недостатка любви. Mueller-Eckhard (1970) удачно заметил, что многие женщины ищут в кондитерских изделиях те сласти, которых им нехватает в любви.

Прием пищи находится не только в тесной связи с потребностью в любовной заботе, он является коммуникативным процессом. Это находит свое выражение уже в том, что прием пищи предполагает регулярную работу других людей. И есть большинство людей предпочитает в обществе. Врач должен учитывать это, когда он требует от больного пожертвовать определенной частью своих гастрономических привычек. Ибо они относятся, как составная часть его жизни, к его радостям, быть может, к немногим радостям. Тот, кто должен ограничивать себя в еде или придерживаться определенной диеты, часто чувствует себя неполноценным человеком, отлученным от пиршественного стола полной жизни. Без психологической помощи это может вести к тому, что даже правильно подобранное питание будет действовать неблагоприятно.

Поэтому необходимо постоянно разъяснять больным, почему мы должны требовать от него подобной жертвы. Лучше всего вызвать у больного воодушевление к достижению этой же цели. Врач должен, предписывая диету, конечно, учитывать также материальные и производственные условия больного. Советы должны быть точными и ясными. Лучше всего указания в письменном виде, вручаемые ему не анонимно, а с его фамилией и составленными специально для него замечаниями.

В остальном, рекомендуется всегда расспрашивать больных, приходящих на прием с жалобами на нарушения питания или желудочно-кишечного тракта, об их пищевых

привычках. Они могут дать ценную информацию о том, почему в животе тяжесть, аппетит пропал или мучит жгучий голод.

Избыточное питание и ожирение

Основные аспекты

Общепринятым является точка зрения, что в основе ожирения лежит положительный энергетический баланс. Больные потребляют больше питания, чем им необходимо. Больные с ожирением демонстрируют снижение основного обмена; для того, чтобы держать постоянным свой повышенный вес, они должны принимать меньше, по сравнению с людьми с нормальным весом, количество пищи, чему должно сопутствовать преобладание парасимпатической иннервации и связанная с этим редукция обменных процессов.

Нормальная регуляция насыщения при ожирении нарушена Pudel (1976) полагает, что больные с ожирением находятся в своих пищевых потребностях под большим влиянием раздражителей внешнего мира по сравнению с внутренними физиологическими раздражителями. Больные не знают, когда они голодны. Вместо этого их аппетит провоцируется внешними раздражителями и различными формами дурного самочувствия.

Длительная потребность в еде или внезапный сильный голод больных являются в связи с этим не выражением повышенной потребности организма в питании. Больные скорее регрессируют при столкновении с конфликтами и личными проблемами и хватаются за возможности раннего

детства в устранении дурного самочувствия и неприятных эмоций. Еда становится заменителем удовлетворения других неудовлетворенных эмоциональных потребностей.

Ожирение и похудание имеют общим то, что в обоих случаях имеется связь с удовлетворением оральных потребностей. Фиксация сопровождается в одних случаях положительной зависимостью (злоупотребление пищей), в других - отрицательной зависимостью (отвергание пищи).

Freyberger, Struwe (1962/63) делят больных с ожирением в зависимости от их пищевого поведения на следующие основные группы:

1. Приступообразное питание: аппетит появляется внезапно, еда поглощается экстатически, состояние подобно опьянению, поглощаются невероятные количества пищи, лишь тогда наступает удовлетворенность. Говорят даже об "оральном оргазме".

2. Постоянное питание: аппетит появляется с утра, при вставании, и сопровождает в течение всего дня. Этот тип больных всегда хочет и может есть. Они не в состоянии ограничиться основными приемами пищи. Но они не страдают от обсессивного голода, а, напротив, чувствуют себя очень хорошо.

3. Отсутствие сытости: в отличие от других случаев, здесь аппетит не гонит к накрытому столу. Но с началом еды появляется аппетит, заставляющий поглощать огромные количества пищи. Бытовая поговорка, относящаяся сюда: "аппетит появляется во время еды".

4. "Ночное питание: этот тип (распространенный, например, в США) голод обуревают лишь вечером. Он не насыщается, сколько бы ни ел. С трудом засыпает или часто просыпается. Ест, снова ложится спать и на следующее утро страдает отсутствием аппетита.

Из сдвига полярности ощущений голода и насыщения Freyberger делает вывод о дефекте во взаимодействии центров голода и насыщения в мозгу. Доказательств этому, впрочем, пока нет.

Картина личности

Gruch (1957) показал, что ожирение может быть вызвано родителями, когда они схематически на любое внешнее выражение ребенком потребности отвечают предложением пищи и ставят свое изъятие ребенку любви в зависимости от того, ест ли он. Эти структуры отношений ведут к недостатку силы Я, в результате чего фрустрации не могут переноситься и прорабатываться, и должны лишь стираться за счет "подкрепления". У больных с ожирением часто наблюдается очень тесная привязанность к матери. Petzold, Reindell (1980) указывают на доминирование матери в семье, в которой отец играет лишь подчиненную роль Braeutigam (1976) описывает, что мать своей чрезмерной заботой задерживает двигательное развитие и готовность к социальному контакту и фиксирует ребенка в пассивно-рецептивной позиции.

Психодинамически повышенное поступление калорий объясняется как защита от негативных аффектов, в особенности от депрессивно окрашенных эмоций и страха.

В немецком обиходе такое поведение известно как "Anfressen von Kummerspeck".

Какой-то единый тип больных описать не удастся. Мы находим у больных черты внутренней задержанности, апатически-мрачного отчаяния и признаки бегства в одиночество. Процесс еды сдвигает - хотя и временно - негативно окрашенный аффект в свободную от депрессии фазу.

Больные чувствуют себя несовершенными, ранимыми, несостоятельными. Гиперфагия, снижение активности и избыточный вес, результирующий из этого, дают известную защиту от глубокого чувства недостаточности: массивным и внушительным, человек с ожирением кажется себе более сильным и защищенным. В отдельных случаях имеется отчетливая временная связь появления и усиления тяги к еде с какой-то фрустрацией.

За счет регрессивного приравнивания значений любви и питания человек с избыточным весом утешает себя едой за отсутствие любви к себе.

Лечение

Курсы похудения, как правило, оказываются неэффективными, если не удастся побудить больного к смене инстинктивно-аффективного поведения, при котором гиперфагия и избыточный вес перестали бы для него быть необходимыми. Успехи терапии на практике столь низки потому, что игнорируется баланс наслаждения больного, для которого в целом более приемлемым и переносимым является сохранять свой избыточный вес, чем разбираться

со своими проблемами. В ходе диетического лечения свыше 50% больных демонстрируют такие симптомы, как нервозность, раздражительность, повышенную утомляемость, широкий круг депрессивных проявлений, которые могут также проявляться в виде диффузного страха.

Причинами частого неуспеха врачебного лечения ожирения могут быть:

1. Исключительно симптоматически ориентированный подход с разъяснением органических функциональных нарушений не только неадекватен проблеме больного с ожирением, но также нередко имеет следствием то, что он, в конце концов, чувствует себя не столько больным, сколько неразумным и эмоционально отвергаемым.

2. Лечение поведенческого нарушения предполагает тщательный анализ поведения, его условий и мотиваций. Для этого врачу часто недостает времени, а также достаточного образования. Кроме того, трудно предложить пациенту что-то взамен, что уравнивало бы потерю достигаемого с помощью еды наслаждения.

3. Для эпидемиологии ожирения значимыми являются также социологические факторы, как, например, соблазн к употреблению традиционно высококалорийной пищи, против которого наша терапия в значительной мере бессильна.

4. Пациенты гораздо чаще не выполняют врачебные назначения, чем можно подумать. Именно это поведение больных раздражает врача в особенности потому, что он

предполагает, что больной, который не следует предписаниям, не готов к сотрудничеству. Во многих работах, однако, показано, что больной часто не в состоянии понять или запомнить указания врача, поскольку они слишком сложны. Он не осмеливается просить разъяснения или повторения.

Как можно мотивировать больного к сотрудничеству и к соблюдению терапевтических предписаний? Важнее всего активное участие больного в терапии. Для этого врач должен сначала найти мостик контакта с больным. Чем лучше сможет он понять больного, тем легче ему это удастся. Он должен определить, как глубоко личностно затронут больной потерей, ставшей для него привычной, возможности совладания с конфликтом и получения удовольствия.

Затем должен быть создан план индивидуального лечения, с учетом личных и производственных обстоятельств. Здесь мы ссылаемся на сказанное выше в разделе "Питание - практические выводы". Пациенту должна быть дана возможность тренировки и контроля непривычного для него пищевого поведения. Это чрезвычайно важно. Это показывают также исследования Balabanski, Tashev (1976), согласно которым больные, потерявшие в рамках двухмесячной терапии в среднем 17 кг, лишь тогда нормализовали свой вес, если регулярно раз в неделю могли разговаривать с врачом. Катамнестическое исследование группы больных, которые прервали контакт с врачом после лечения, показали, что эти больные очень

скоро вновь увеличивали свой вес. Полезными могут оказаться также поведенческие методы и тематически центрированная групповая терапия. Исключительная терапия препаратами, снижающими аппетит, должна расцениваться как врачебная ошибка.

Нервная анорексия

Основные аспекты

В соматическом аспекте симптоматика нервной анорексии характеризуется в первую очередь радикальным отказом от питания, в ходе которого больные теряют порядка 20-40% своего нормального веса. Прием питания редуцируется таким образом, что нередко возникает угроза для жизни; летальность составляет около 10%. Наряду с потерей веса, соматическая симптоматология заболевания характеризуется нарушением месячного цикла в форме в основном вторичной аменореи, запорами с часто массивным злоупотреблением слабительными и мочегонными средствами, рвотой и "ваготонической установкой оберегания" с гипотонией, брадикардией и уменьшением объема производительности сердца (Deter, 1983).

В тяжелых случаях соматическая картина дополняется, сдвигом электролитов и появлением отеков. Психические симптомы заболевания характеризуются значительным различием между часто кахектичным соматическим состоянием и двигательной гиперактивностью этих больных, которые при очень сниженном общем самочувствии активно занимаются спортом. Наряду

нарушенным пищевым поведением Druch (1971, 1973, 1980) и Russel (1973) указывают на нарушения схемы тела, в силу которых собственное тело искаженно воспринимается больным. Так, значительно завышается его ширина. Бросаются в глаза нарушения социального поведения, из-за которых больной часто выглядит неестественным, холодным и отклоняющим, и отрицание болезни, ведущее к тому, что аноректики с большой настойчивостью считают себя "нормальными" и гордятся любым дальнейшим снижением веса. Выраженная ориентировка на достижение успеха и сильные контролирующие импульсы ведут, наконец, к тому, что больные пытаются достичь своей цели снижения веса при полном напряжении сил и видят еще одно свое достижение в том, чтобы безусловно овладеть контролем над своим телом.

В историческом развитии понимания болезни можно выделить 4 периода: первый охватывает ранние попытки привести заболевание в связь с каким-либо суггестивным процессом; во втором клинический синдром был более точно отграничен относительно симптоматики и патогенеза; третий период начался в 1914 году с открытием Simmonds гипофизарной кахексии, в то время как в 4 периоде на первом плане стояли психоаналитические и феноменологические изыскания.

Первая, почти забытая публикация о нервной анорексии принадлежит Porta, неаполитанскому врачу 16 века. Он опубликовал монографию с названием: "Соображения выдающегося философа Simone Porta из

Неаполя о случае юной дочери della Magna, которая жила в течение двух лет без еды и питья, переведенные на флорентийский язык Giovanbattista Galli".

Morton, английский врач, описал в 1689 году в своем сочинении "Фтизиология или трактат о фтизе" под обозначением "атрофия или нервная чахотка" потерю субстанции тела, наступающее без лихорадки, кашля или одышки, но сопровождаемое потерей аппетита и отчетливыми нарушениями со стороны пищеварительного тракта, как ахилия и диспепсия. Lasegue опубликовал в 1873 году в Париже капитальный труд по *Fnorexia hysterica*, в котором он объяснял эту болезнь особым состоянием духа, т. е. психической пер-верзией, обусловленной признаваемыми или скрытыми эмоциями больного.

Gull в том же году дал картине болезни обозначение *Ареpsia hysterica*, т. к. считал, что она обусловлена функциональным выпадением желудочных ветвей блуждающего нерва у больных, предрасположенных к истерии. Позднее он использовал обозначение *Anorexia nervosa*.

Описание в 1914 году Simmonds случая кахексии с атрофией передней доли гипофиза привело к тому, что в течение многих лет предполагалась связь между гипофизарной кахексией и нервной анорексией, в силу чего для лечения последней применялись экстракты или трансплантаты тканей гипофиза.

В последние десятилетия повышается интерес психиатров к Феноменологическому анализу и толкованию этой патологии (Binswanger, 1957; Kuhn, 1951, 1953; Kielholz, 1966; Keeler цит. по Ringel, 1969). Zutt (1948) выделил в качестве кардинального симптома навязчивого похудания неспособность больных есть в обществе и видел его в качестве нарушения коммуникации, лежащей в основе нарушенного приема пищи.

Картина личности

Больные происходят преимущественно из средних слоев общества. Часто они являются единственными дочерьми, имеют братьев и сообщают о чувстве неполноценности относительно их (Jores, 1976).

Часто они производят впечатление внешне социально компенсированных, добросовестных и послушных вплоть до полной под-чиняемости. При этом они, как правило, обладают высоким интеллектом и являются блестящими учениками. Их интересы духовны, идеалы аскетичны, трудоспособность и активность в деятельности высоки.

Провоцирующей ситуацией для нарушенного пищевого поведения нередко является первый эротический опыт, который больные не могут переработать и переживают в качестве угрожающего; сообщается также о сильном соперничестве с сиблингами и страхах расставания, которые могут активироваться вследствие смерти бабушек/дедушек, разводов или ухода сиблингов из родительского гнезда.

Психодинамический процесс существенно определяется амбивалентным конфликтом близости дистанции с матерью, к чьей близости они стремятся, одновременно опасаясь ее (Ziolko, 1985). С одной стороны, пациенты направляют против себя самоуничтожающую агрессию, которой они наказывают себя за импульсы расстаться с матерью, воспринимаемые как "предательство". С другой стороны, отказ от пищи является попыткой достижения любовной заботы или, если это не удастся, средством по меньшей мере разозлить других членов семьи, в т. ч. мать и с помощью пищевого поведения установить над ними контроль (Schaefer, Martin, цит. по Schaefer, Schwarz (1974). И на самом деле, во многих семьях пищевое поведение пациентов является всепоглощающей темой, Сзывающей преимущественно негативные реакции. В лечении больные пытаются перенести на клинический персонал эту схему отношений.

При нервной анорексии оральная агрессивность не только подавляется. Речь идет скорее об отрицании всех оральных потребностей, и Я пытается утвердиться и поднять свою ценность путем отвергания всех оральных побуждений.

При нервной анорексии представление "я должна похудеть" становится неотъемлемым компонентом личности. Эта особенность обнаруживается, однако, лишь при симптомах, вызванных психотическими процессами. И при тяжелых формах нервной анорексии Я не борется с

подавляющими его представлениями. Это объясняет отсутствие сознания болезни и отклонение всякой помощи.

Selvini-Palazzoli et al. (1977), Selvini-Palazzoli (1975) поэтому говорят о моносимптоматическом психозе, который ограничивается тотально доминирующим представлением о том, что собственное тело должно быть уничтожено путем отвергания всех оральных устремлений. Clauser (1967) обозначил нервную анорексию как хроническую форму самоубийства.

Психодинамически отказ от пищи можно понимать также как защиту от всего инстинктивно-телесного, при этом манифестная защита сдвинута на оральный уровень. Навязчивое похудание часто интерпретируется как бегство от женственности, и в действительности отказ от пищи воспринимается как телесный успех, когда он оказывается препятствием развитию женских форм. Отказ от пищи служит также защитой от страхов беременности, что выражается в том, что многие пациентки обосновывают свое пищевое поведение тем, что "ни в коем случае не хотят иметь толстый живот".

Нервная анорексия является, однако, не только борьбой против созревания женской сексуальности. Это также попытка защиты от взросления в целом на основе чувства бессилия перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых.

В дополнение к индивидуальной психодинамике в последние годы возрастающее внимание относительно диагноза и терапии приобретает поле отношений в семьях

больных. Семейные отношения часто определяются атмосферой перфекционизма, тщеславия и ориентировкой на социальный успех. Процесс взаимодействия резко определяется контролирующими, гармонизирующими и гиперопекающими импульсами. Аффективные конфликты отрицаются, адекватные решения конфликтов не вырабатываются.

Minuchin et al. (1983) описал для семей с больными анорексией такие поведенческие характеристики, как вязкость, чрезмерная заботливость, избегание конфликтов, ригидность и вовлеченность детей в родительские конфликты. Он понимает симптоматику анорексии как борьбу за власть дочерей с их родителями в рамках чрезмерно связанных отношений, причем собственное тело представляет для больной последнюю сферу, в которой она может отграничиться от требований родителей и удержать сколько-то автономии.

Selvini-Palazzoli et al. (1977) наблюдали, что "каждый стремится навязать другому собственное определение отношений, другой же в свою очередь отвергает навязываемое себе отношение". Никто в семье не готов открыто перенять руководство и принимать решения от собственного имени. Открытые союзы между 2 членами семьи немыслимы. Перекрывающие поколения коалиции отрицаются на вербальном уровне, даже если их можно установить на невербальном. За фасадом супружеского согласия и гармонии находится глубокое обоюдное

разочарование, которое, однако, никогда не признается открыто.

Относительно понимания симптома в рамках семьи Selvini-Palazzoli (1975) пишет: " В системе, в которой столь велика вероятность отвергания коммуникации, отвергание еды находится в полном созвучии со стилем взаимодействия семьи. В особенности оно согласуется с жертвенной установкой группы, в которой страдание в игре за превосходство является наилучшим ходом".

В целом в семьях заметно часто доминирует женский авторитет, будь это мать или бабушка. Отцы находятся по большей части вне аффективного поля, так как скрыто или явно подавляются матерями, что снижает воспринимаемую семьей их ценность, на что они реагируют дальнейшим уходом, что дает матерям простор для дальнейшего разворачивания их доминирующих позиций.

Wirsching, Stierlin (1982) описывают как характерные признаки семей с членом семьи - аноректиком повышенные ожидания социального успеха, предъявляемые родителями, семейный идеал самопожертвования с соответственным соревнованием членов семьи.

Лечение

Первая задача врача общей практики заключается в том, чтобы дифференцировать возможную органическую причину страдания. Дифференциальный диагноз включает туберкулез, злокачественные опухоли, гипертиреозы, но также и хронические энтериты или юношеский диабет.

Болезнь, которая в течение долгого времени была наиболее вероятной в дифференциальной диагностике, - описанная Simmonds гипофизарная кахексия.

Нервная анорексия должна отграничиваться от симптоматической анорексии при депрессивном состоянии или шизофрении при которой отказ от пищи может быть вызван, например, страхом отравления. Дальнейшее различие следует далее делать между вызванной эмоциональной травмой реактивной анорексией, психогенным торможением пищевого поведения и неврозом рвоты, а также расстройством, основанным на механически-функциональных нарушениях в сфере пищеварительного тракта и ведущем к вынужденному, энергетически обусловленному похуданию (спазм пищевода, функциональная дисфагия, неукротимая рвота).

Petzold (1979) указывает на большое значение общемедицинского лечения. Здесь задача, стоящая на первом плане, это "сохранить имеющееся - не больше, но и не меньше". Часто трудно, с одной стороны, получить информацию о весе и статусе питания, с другой же, - не слишком стеснить больных частым контролем, т. к. симптом представляет собой собственно протест против чрезмерного контроля в семье.

При постановке диагноза необходима, однако, поспешность, т. к. шансы успешного лечения с прогрессированием заболевания снижаются.

Первый контакт затрудняет холодная, пассивная и часто недоверчивая позиция больных. Уже Фрейд считал

недопустимым амбулаторное лечение, т. к. "эти близкие к смерти больные имеют способность так овладевать аналитиком, что ему становится невозможным преодолеть фазу сопротивления" (Фрейд, цит. по Koehle, Simons, 1979).

Терапия проходит трудно, в т. ч. из-за отсутствующего сознания болезни у пациентов. Ziolk (1971) писал об "обмене ударами" с врачом, который пациент "легко может выиграть достижением минимального веса". Kuetemeyer (1956) сообщал, что в стационаре следует обращать больше внимания и усилий не на самого больного, а на трудности в его отношениях с другими больными, персоналом и другими врачами. Эти трудности усиливаются с течением времени, а именно по мере того, как все более выступающее противоборство противоположных импульсов производит впечатление капризности и зловредности.

Почти необозримый ряд терапевтических мер предлагался в течение последних 30 лет различными авторами. Уже это предложив, но также и частые противоречия между отдельными рекомендациями позволяют убедиться в неуверенности в успехе и в недостатке специфических методов.

В последнее время все чаще рекомендуется лечение в специальных центрах с хорошо взаимодействующим персоналом и комбинацией различных терапевтических мероприятий (Koehle, Simons, 1979).

В начале лечения по концепции поведенческой терапии находится фаза компенсаторного питания. Если не удастся изменить пищевое поведение дальнейшим использованием

поведенческих методов, следует использовать питание зондом по жизненным показаниям. Питание основано на принципе оперантного кондиционирования пищевого поведения. Больные изолируются, ситуация питания обогащается присутствием терапевта. В то время как в начале лечения больной награждается за каждую прибавку веса, на последующей стадии вознаграждение дается за удержание рекомендованного веса (Schaefer, Schwarz, 1974).

Для лечащего врача трудность состоит в том, чтобы не понуждать больного к еде и не делать симптомы анорексии темой лечения. Задачей является прорвать установку больного на сужение поля зрения до чисто физиологических моментов.

Наряду с поведенческими концепциями с разным успехом применяются различные глубинно-психологические и телесно ориентированные методы лечения. Разные авторы приходят сегодня к единому выводу о том, что вовлечение семьи в общую концепцию лечения оправдывает себя и по результатам превосходит индивидуальное лечение. Стационарно проводимая терапия, если она учитывает семейную проблематику, успешнее, чем амбулаторное лечение (v. Rad, Senf, 1983; Petzold, 1983).

Minuchin et al. (1983) нашел в катamnестическом исследовании даже 80% излечившихся больных. Такое высококвалифицированное семейно-терапевтическое лечение проводится, однако, пока лишь в немногих

центрах. С учетом семейно-динамической концепции оказывается устаревшим традиционное правило, по которому 10% случаев заканчиваются летально, 1/3 остается аноректичными с хроническим течением, еще треть больных, сохраняя или теряя аноректическую симптоматику, переходит в тяжелую психическую патологию и остальные демонстрируют смену синдрома или улучшения (Cremierius, 1965).

Булимия

Основные аспекты

Булимия (бычий голод) обозначается также как навязчивая еда/рвота или навязчивая еда/дефекация. Ведущая симптоматика заболевания состоит в:

- частом появлении очерченных во времени приступов переедания;
- активном контроле веса путем частых рвот или использования слабительных.

По определению приступы переедания несводимы к нервной ано-рексии или к соматическому заболеванию. От анорексии булимия отличается тем, что больные в основном сохраняют нормальный вес и отсутствует желание чрезмерного его снижения. Zioiko (1985) видит, однако, оба заболевания как полюсы одного и того же расстройства, дизорексии, которая характеризуется страхом прибавления веса и сильным стремлением к потреблению питания и занятием им. Habermas, Mueller (1986) сообщают, что самое раннее описание булимии дано Wulf, который доложил об "интересном оральном

симптомокомплексе его отношений к навязчивым злоупотреблениям" (Wulf, 1932).

Женщины в возрасте 15-25 лет значительно чаще подвержены симптомам, чем мужчины. Больные происходят преимущественно из средних и зажиточных слоев общества. Как и нервная анорексия, болезнь в последние годы получает большее распространение, что связано с тем, что населению стала, в результате просветительской работы, известна морбидная природа этого состояния и больные - уже в хроническом состоянии - чаще обращаются за помощью. Больные привлекают внимание часто лишь из-за сопровождающей соматической симптоматики. Вследствие приема слабительных и мочегонных развиваются нарушения обмена электролитов и отеки. Воспаление слизистой пищевода, кариес и хронический паротит являются следствием частых рвот с желудочным соком.

Частое жевание ведет к гипертрофии жевательных мышц, придающей больным характерную физиономию. Расширение желудка, запор после злоупотребления слабительными и нарушения менструального цикла дополняют сопровождающую соматическую симптоматику.

Приступы переедания часто спланированы как ритуал. Больные за короткое время поглощают большие массы (иногда до 10 000 ккал) высококалорийной пищи. За приступом после краткого чувства облегчения и разгрузки от диффузного внутреннего напряжения следуют эмоции вины и стыда.

Картина личности

По первому впечатлению больные часто представляются сильными, независимыми, целеустремленными, честолюбивыми и выдержанными. Их подача отличается, однако, значительно от их самооценки, отмеченной чувством внутренней пустоты, бессмысленности и пессимистически депрессивного фона как следствие шаблонов мышления и поведения, ведущих в чувство беспомощности, стыда, вины и неэффективности (Habermas, Mueller, 1986). Восприятие себя и Я-идеал резко расходятся, больные вкладывают это расщепление во внешне хорошую и плохо скрываемую картину.

Часто они происходят из семей, в которых коммуникация импульсивна и имеется значительный потенциал насилия. Johnson, Flach (1985) сообщают о частом появлении аффективных психозов и родственников первой степени, отцы склонны к злоупотреблению алкоголем, матери к проблемам собственного веса и часто обсуждают проблемы питания. Структура отношений в семьях отмечена высокой конфликтностью и импульсивностью, слабыми связями между собой, высоким уровнем жизненного стресса и мало успешным проблемно-решающим поведением при высоком уровне ожиданий социального успеха.

В этой ситуации больные рано принимают ответственные задания и родительские функции. Собственные опасения не справиться и оказаться во власти произвола и ненадежности родителей контролируется и

компенсируется заботливым поведением; слабые и зависимые аспекты собственной личности сдерживаются и, в конце концов,отреагируются в приступах переедания и избавления от еды.

Аффективная нестабильность, импульсивность со страхом потери контроля, низкая фрустрационная толерантность и высокий потенциал внутренней потребности в злоупотреблении определяют психодинамику нарушения. Больному часто не удается дифференцированно воспринимать свое внутреннее состояние и артикулировать его, что приводит к диффузному чувству внутренней угрозы, овладевающей больным.

Поскольку формулирование конфликта невозможно, происходит сдвиг в оральную сферу. Питание меняет свое значение. Голод искаженно интерпретируется как угроза в результате потери контроля, контроль над телесными функциями чрезмерно обобщенно приравнивается к способности справиться с проблемами. Сам по себе приступ переедания имеет функцию снижения напряжения интеграции, утешающего самоудовлетворения, которая, однако действует кратковременно. Это воспринимается больным как потеря контроля, подвергаящая радикальному сомнению ее автономию и способность справиться с жизнью. Рвота вызывается, чтобы поддерживать постоянство веса тела, что для больной является мерой и индикатором того, что самоконтроль и самоопределение вновь возвращены. Чувства стыда и вины

в связи с этим часто являются причиной социального и эмоционального регресса, а также расщепления на внешне подаваемую благополучную и скрываемую плохую самооценку. Расхождение между восприятием и подачей себя может вызвать чувство внутренней пустоты и напряжения, которое активируется в нагрузочных пусковых ситуациях и вновь запускает реле болезни.

Лечение

Больному, как правило, не удастся удержать в каких-то рамках бьющую через край симптоматику без структурированных симптом-центрированных мероприятий. Четкий режим питания, договоренность о том, чтобы не превышать уровень потребляемых калорий и держать постоянный вес, могут быть полезными, если они дополняются стимуляцией к тому, чтобы записывать чувства, мысли и переживания, которые вызывают или сопровождают приступы переедания, и вести поиск альтернативных возможностей (напр., контакт с друзьями или родными, альтернативные активности).

Так как рецидивы часты, необходима профилактика разочарований, которая должна оградить от слишком больших ожиданий, а также от чувства вины и стыда.

В благоприятных случаях удастся, по возможности, при участии больного в работе группы самопомощи освободить энергию, ранее связанную с симптомом и использовать для собственных творческих возможностей. Однако для преобладающего числа больных необходимо продолжение психотерапевтических мероприятий. Их целью является

устранение у симптоматики характера чуждой навязчивости и понимание ее больным в рамках пусковой ситуаций как "осмысленной", но мало успешной попытки решения конфликта, которую можно заменить более эффективными действиями.

Групповые и индивидуальные подходы показаны, когда симптомцентрированные мероприятия оказываются недостаточными.

Nabermas, Mueller (1986) указывают, однако, на то, что ситуация индивидуальной терапии характеризуется мышлением типа "все или ничего" и сильной идеализацией терапевта, которая при малейшем разочаровании превращается в свою противоположность ("кто меня понимает не совсем, совсем меня не понимает", "одна ошибка и все пропало!").

При неблагоприятном течении необходимое структурирование может быть обеспечено лишь в условиях стационара.

Семейная терапия, как и при нервной анорексии, дает положительные результаты. Еще не подтверждено, превосходит ли она индивидуальный и групповой подходы. Из-за высокого потенциала конфликтов в семьях в лечении должны учитываться семейно-динамические аспекты.

Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.

Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Язвенная болезнь

Широкое распространение язвенной болезни, преобладание среди больных мужчин молодого возраста, частые и длительные обострения, приводящие к весьма ощутимым экономическим потерям делают актуальной проблематику этого заболевания [Бурчинский Г. И. и Кушнер В. Е., 1973; Логинов А. С., 1979]. Не встречает серьезных возражений давно утвердившееся представление о высокой роли социально-психологических факторов в развитии болезни [Dunbar P., 1959; Ackeraian S., Weines H., 1976; Логинов А. С. и соавт., 1977]. В приводимых В. Х. Василенко (1970) схемах патогенеза язвенной болезни, по Katch и Pickert (1958) и Katz и Siegel (1968), основные нарушения, способствующие язвообразованию (гиперсекреция, моторно-секреторная диссоциация, расстройства микроциркуляции, приводящие к разрушению барьеров слизистой), рассматриваются как следствия длительной гиперактивации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и стрессорной гиперсекреции стероидных гормонов.

В работах школы Н. Н. Аничкова, посвященных изучению нейрогенных дистрофий, было показано, что длительная стимуляция желудка приводит к истощению депо норадреналина в слизистой, что увеличивает ее ранимость и нарушает регенерацию. В числе первичных расстройств, определяющих формирование периферических механизмов язвообразования, в схемах

патогенеза язвенной болезни приводятся органические заболевания центральной нервной системы, особенности характера, психические травмы и характер деятельности.

Давно известно возникновение язвенного процесса при травматическом повреждении мозга [Бурденко Н. Н. и Могильницкий Б. Н., 1925]. Проведенное нашим сотрудником С. И. Бакарадзе сопоставление частоты язвенной болезни среди инвалидов Великой Отечественной войны, имевших тяжелую травму мозга, с теми, кто имел другие локализации военной травмы (4240 больных), выявило значительное преобладание заболеваемости в группе лиц, перенесших черепно-мозговую травму (8,32 % и 2,2% соответственно).

Показана возможность формирования язвы желудка при раздражении различных отделов мозга через вживленные электроды [Василенко В. Х., 1970; Ackerman S., Weiner S. H., 1976].

Увеличение заболеваемости язвенной болезнью в военные годы известно давно. О «язвенной эпидемии» писали и после первой и после второй мировой войн [Черноруцкий М. В., 1952; Флекель И. М., 1958]. Учащение случаев язвенной болезни в военные годы сочетается с утяжелением клинической картины заболевания: наблюдается увеличение интенсивности болевого синдрома, удлинение периодов обострения и укорочение длительности ремиссии. Отягощается объективная структура заболевания: отмечена большая выраженность нарушения моторики с длительной рвотой и

пилороспазмом, а также секреторных расстройств. Условия труда, требующие длительного напряжения психической активности человека, также могут быть отнесены к числу факторов, способствующих развитию заболевания.

С. М. Сальникова (1974) считает, что основное значение при этом имеет несоответствие психических возможностей, внутреннего ритма психической активности работающих ритму, задаваемому условиями профессиональной деятельности. Подобная ситуация наблюдается и при развитии язвенной болезни в детском возрасте, когда имеет место несоответствие между возможностями ребенка и предъявляемыми ему требованиями [Центнерова Л. Г., 1966].

В многочисленных работах показано изменение отдельных функций желудка в условиях психологического дискомфорта. G. Engel (1956) нашел, что напряжение, беспокойство, тревога, чувство обиды, негодования и гнева почти всегда сопровождаются увеличением секреции соляной кислоты и пепсина. Одновременно выявился гиперкинез желудка. Подобные реакции наблюдались и у здоровых лиц, но у больных язвенной болезнью были выражены резче.

S. Wolf и H. Wolf (1942) при изучении динамики показателей секреции и изменения состояния слизистой желудка через фистулу определяли относительно специфичные сдвиги в условиях провоцирования различных психологических состояний. Реакции агрессивного типа (враждебность, негодование, ярость) сопровождались

развитием гиперемии слизистой, появлением кро-
воточащих эрозий и повышением секреции, тогда как
пассивные реакции (тревога, обида) сочетались с
побледнением слизистой, уменьшением секреторной и
моторной активности желудка.

Изучение личностных особенностей больных язвенной
болезнью определяет как наиболее частое качество их
повышенную эмоциональную возбудимость и склонность к
эмоциям тревоги, опасения и страха [Черноруцкий М. В.,
1949]. Именно это качество реагирования определяется
чертами личности, выявлен у больных другими авторами:
тщеславием, ранимостью, впечатлительностью и робостью
[Alexander F., 1950], развитой психастеничностью в
сочетании со стремлением к самоутверждению и
честолюбием, мнительностью при склонности к
ипохондризации и замкнутости [Лорие И. Ф., 1959].
Астенические личностные черты нередко сочетаются у
больных язвенной болезнью с повышенной самооценкой,
ответственным отношением к своим обязанностям,
прямолинейностью в демонстрации развитого чувства
долга, утрированной приверженностью морально-
этическим стандартам [Белов В. П., 1971; Немчин Т. А.,
1974].

Развивая представления F. Alexander применительно к
язвенной болезни, S. Cobb (1950) создал теорию «модели
охранительной реакции», в соответствии с которой при
данном заболевании выявляется дисбаланс между моделью
защиты и моделью нападения. F. Ring (1957), выделив

личностные типы чрезмерно, недостаточно и сдержанно реагирующих, отнес больных язвенной болезнью к чрезмерно реагирующим. Работы последующих лет [Durent-Cosyns S., 1975, и Bock O., 1976] подтвердили значение эмоционального стрессирования при доминировании депрессивных тенденций как ведущих факторов патогенеза заболевания.

Применение психометрических методов дополняет и уточняет клинико-психологическую характеристику язвенной болезни.

Так, изучение показателя акцентуированности по методике Шмишека подтвердило наличие у больных выраженных черт педантичности, тревожности и возбудимости [Блейхер В. М. и Ревенюк Е. Н., 1973], а также инертности аффекта [Панфилов Ю. А. и Беляев В. Н., 1976]. Т. А. Карасева и Ф. И. Ломова (1974), применившие ММРІ, выявили у большей части больных «приподнятый» профиль с преимущественным подъемом на шкалах невротической триады (склонность к ипохондрии, пониженному настроению и истероидные особенности) у 60% больных либо па шкалах склонности к параноидным реакциям и шизоидных особенностей личности.

Сотрудниками кафедры О. Т. Жузжановым и В. И. Симаненковым проведено психосоматическое обследование более 300 больных язвенной болезнью, проживающих в различных районах страны. Психологическая характеристика больных имеет общие черты (вернее – общие тенденции психологического реагирования). При

обследовании в период ремиссии методом ММРІ является личностный профиль с доминированием психастенических черт, склонностью к пониженному настроению, шизоидными особенностями личности и склонностью к параноидным реакциям. При обострении заболевания значительно возрастают величины шкал пониженного настроения и склонности к ипохондрии, однако и в данном случае следующие места занимают шкалы склонности к параноидным реакциям и шизоидных особенностей личности.

Выявление столь сходной психометрической картины в различных районах Союза (Казахстан, Дальний Восток, Ленинград) при обследовании разнообразных по возрасту и социальному положению больных мужчин позволяет считать определенные психологические тенденции характерными для язвенной болезни. Столь же сопоставимыми являются реакции больных в условиях проведения методики Розенцвейга (изучение поведения больных при фрустрирующих обстоятельствах). Больные фиксируются на удовлетворении потребностей (препятственно-доминантный тип реакций) при низком коэффициенте социальной адаптации. Выявлены педантичный, тревожный и циклотим-ный варианты личностной акцентуации по методике Шмишека.

Итак, разбирая факторы риска развития язвенной болезни, следует выделять и особенности личности, с наибольшей частотой сочетающиеся с заболеванием. Однако, как нам представляется, особое значение имеет

выявленный нашим сотрудником В. И. Симаненковым факт различий нейроэндокринного «обеспечения» отдельных доминирующих психологических тенденций. Доминирование «шизоидных особенностей личности» сочетается с наибольшим содержанием в крови ацетилхолина ($184,93 \pm 27,4$ нмоль/л и $891,26 \pm 89,04$ нмоль/л) при сравнительно низких показателях катехоламиновой экскреции: ДОФА – $316,88 \pm 49,17$ нмоль/сут, дофамин – $1918,14 \pm 331,9$ нмоль/сут, норадреналин – $174,9 \pm 31,9$ нмоль/сут, адреналин – $28,4 \pm 6$ нмоль/сут, тогда как при «психастенических личностных особенностях» наблюдались самые низкие показатели ацетилхолина ($27,4 \pm 1,37$ нмоль/л), 11-ОКС (92 ± 17 мг/л) и наиболее высокие величины экскреции катехоламинов (дофамин – $2602,4 \pm 435,8$ нмоль/сут, норадреналин – $223,4 \pm 34,9$ нмоль/сут, адреналин – $48,6 \pm 7,6$ моль/сут). Самые низкие величины выделения катехоламинов наблюдались при доминировании «склонности к ипохондрии».

Установленные связи позволяют предполагать различный характер мобилизации отдельных звеньев патогенеза заболевания при наличии у больных определенных личностных черт, в связи с чем можно говорить и о личностно-обусловленном своеобразии течения болезни и о необходимости индивидуализированно – через познание личности – решать вопросы терапии.

Факторный анализ данных обследования больных язвенной болезнью, результаты которого приведены выше

(см. табл. 15, 16, 17), выделил различные психосоматические варианты заболевания, на которые нам хотелось бы еще раз обратить внимание читателя. В I факторе объединяются признаки, характеризующие пассивные личностные черты: оторванность от реальных жизненных проблем, неуверенность в себе, ипохондризация и пассивнооборонительные тенденции поведения в условиях фрустрирующей ситуации с повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, необычными для этого заболевания конституциональными чертами (брахиморфность), а также снижением симпатического тонуса и угнетения стероидогенеза. В данной ситуации ведущими факторами патогенеза заболевания можно считать длительную гиперсекрецию в сочетании с гиперкинезом желудка и секреторно-моторной диссоциацией. Самоуглубленность таких больных, высокая зависимость от интероцептивных ощущений поддерживают отмеченные выше нарушения в течение длительного времени даже в условиях относительно благоприятной жизненной обстановки.

Во II факторе объединяется информация полярно противоположных качеств. Анализ выделяет сочетание присущих ряду больных стереотипов активного защитного поведения и тревожности с признаками гиперактивации симпатического отдела вегетативной нервной системы, что наблюдается чаще при поздних возрастных вариантах развития язвенной болезни. В подобных ситуациях ведущими элементами патогенеза язвообразования можно

считать дистрофические изменения слизистой с нарушением процессов регенерации. Крайне важным свидетельством истощения тканевых катехоламиновых депо является низкое выделение предшественника норадреналина – ДОФА. Очень интересным является сочетание социально-психологических, конституциональных и метаболических показателей в III факторе.

Жизненный путь больных, имеющих значимую связь с фактором, максимально отягощен с детских лет, когда выявлялась выраженная стрессированность условиями жизни, что способствовало формированию психопатических черт в личностной структуре и сочеталось с элементами астении и социальной изоляции. Цепь эмоциональных стрессов распространялась затем на важнейшие зоны социального функционирования индивида (семья, работа). Спецификой синдрома является сочетание активных форм защитного психологического реагирования с холинергической гиперактивацией, имеющей, вероятнее всего, конституционально-генетическое происхождение. Об этом свидетельствует наличие долихоморфного, гипотрофического и гипердинамического телосложения. Гиперактивация холинергической системы сочетается у больных с повышением глюкокортикоидной функции коры надпочечников и гиперсеротонинемией.

Таким образом, в данной ситуации мы имеем тот вариант развития язвенной болезни, который представлен в схеме патогенеза Katz и Siegel (1968, см. по В. Х.

Василенко, 1970). Эмоциональный стресс в своем ситуационном и личностном (психопатоподобная личностная структура) вариантах происхождения активизирует конституционально-ранимые структуры регуляции функции желудка, обуславливая развитие язвенной болезни в молодом возрасте. Характерными признаками таких больных являются артериальная гипотония, брадикардия и гипохолестеринемия, что предполагает малую вероятность развития ишемической болезни сердца.

Таблица 26. Структура IV фактора, выделенного при анализе данных обследования больных язвенной болезнью (факторный вес – 6,2°о)

Характеристика признака	Фактор
Личностное несоответствие	+582
Напряженная внутрисеменная	+522
Адреналин	+498
Напряженные условия	+486
Толщина подкожного жирового	+450
Норадреналин	+390
Дофамин	+386
Мышечная сила	+38
17-ОКС	+347
11-ОКС	+314
Индекс относительной ширины	+307
Диастолическое АД	+297
Параноидные особенности	+275
Шкала коррекции (К)	-454
Росто-весовой индекс	-391
Серотонин	-34
Наследственность по язвенной	-28

Ацетилхолин	-278
Ацетилхолинэстераза	-235
Тестостерон	-23

В то же время IV фактор (табл. 26) демонстрирует иные возможности развития патологии у больных, жизнь которых также была отягощена стрессирующими обстоятельствами. Происхождение эмоциональной напряженности имело у них, правда, иные корни. Доминировали производственные конфликты, состояния высокой ответственности, иногда можно было говорить о несоответствии личностного потенциала задачам, которые следовало решать, что сочеталось с семейными неурядицами. Высокий уровень определенной по ММРІ склонности к параноидным реакциям говорит о ригидности личности, неспособности к динамичной адаптации, что приводит к хронизации аффективного напряжения. Заболевание развивается на фоне брахиморфного, гипертрофического гипердинамического телосложения. Наследственная отягощенность по язвенной болезни не выявляется. Нейрогормональное обеспечение стрессорного реагирования идет по пути симпатико-адреналовой активации и гиперкортицизма. Активность компонентов холинергической системы невысока. Характер психологического конфликта, доминирующего в условиях наблюдаемого сочетания признаков, свидетельствует о его формировании в зрелом возрасте, что может объяснить особенности заболевания, развившегося на фоне повышенной активации симпатико-адреналовой системы и

вероятного климакса (сниженные показатели тестостерона).

В том же исследовании, а также в работах С. И. Бакарадзе и О. Т. Жузжанова удалось показать, что характеристики клинического течения заболевания (длительность и интенсивность болевого синдрома, частота рецидивов и продолжительность межрецидивного периода, частота хирургических осложнений и др.) тесно связаны с личностными особенностями больных. У больных с ярко выраженными признаками акцентуации наблюдается отягощение клинической картины болезни.

Итак, и при язвенной болезни мы обнаружили свидетельства личностной обусловленности механизмов развития патологии, вариантов ее становления, а также клинического течения заболевания.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: Медицина, 1996. - С 136-144.

Пезешкиан Н. Ожирение

Способность здесь и теперь доставить себе что-то приятное

Определение

Под ожирением понимают сверхнормальную прибавку массы тела (более чем на 20 %), которая обусловлена экзогенными (повышенное потребление пищи в семье, общественные влияния) или эндогенными факторами (гормональные или, чаще, психические расстройства).

Симптоматика

У многих страдающих ожирением отсутствует критический взгляд на свое состояние. Субъективно они считают, что едят не слишком много. Типичны так называемые приступы обжорства (прежде всего по вечерам и ночам), навязчивое потребление пищи в ситуациях напряжения и конфликтов, чувства вины и страха в отношении еды и попеременные фазы чрезмерного потребления пищи и голодания.

Транскультурный аспект и эпидемиология

По данным немецкого федерального правительства за 1988 г., почти каждый житель Германии передал в день по 1500 калорий. В 1986 г. в Германии на лечение заболеваний, связанных с питанием, было выделено 50 млрд DM. Степень полноты, по данным Bischof И Herrmann (1986а), сильно зависит от культуры, моды, социального слоя и времени. В Германии и англосаксонских странах ожирение чаще возникает у женщин низших социальных слоев. В США было установлено, что дети полных родителей по своей комплекции значительно отличаются от тех детей, чьи родители стройны.

Обзор литературы

15 психоаналитической литературе после Wilff (1932) причина повышенной пищевой потребности рассматривается как поиск заместительных условий для неудовлетворенных эмоциональных притязаний. Происходит регрессия с фиксацией на оральной стадии, подчеркивается значение отношений мать дитя в генезе ожирения Battegay (1982), «голод» является также

предрасположенностью к нарциссизму. По опыту Stunkard и др. (1980) и Brownell и др. (1987), эффективными являются техники поведенческой терапии. Большое влияние, согласно данным Kinze (1989), оказывают психологические факторы.

Пословицы и народная мудрость

Лучше иметь не полный желудок, чем полный рот забот; ненасытная утроба (загребущие руки); проглотить обиду; обрасти заботами; еда и питье тело с душой связывают (ср.: живот крепче на сердце легче); любовь проходит через желудок (ср.: путь к сердцу мужчины ведет через желудок).

Притча: «Разделенные обязанности»

Один торговец праздновал новоселье. Гостей щедро потчевал. На длинном столе стояли блюда с испускающим пар рисом, кабачками и баклажанами, ароматными супами, где плавали нежные белые куриные грудки. Были выставлены еще виноград, арбузы, огурцы и апельсины. Графины с различными соками должны были утолять жажду гостей. Все наслаждались этими великолепными яствами. Прежде всего мулла. Он набивал рот до отказа, а тому, что уже не лезло само помогал соком. Он так много запихивал себе за обе щеки, что его лицо, в конце концов, приобрело форму арбуза. «О, мулла, обратился тут к нему один из гостей, - разве ты хочешь лишиться себя жизни, что так много и быстро ешь?» С полным ртом, и при этом еще откусывая от сочной арбузной дольки, мулла возразил: «Что сказал нам пророк? Он сказал: "Ешьте и пейте!" Я

делаю только то, что велел пророк», «Но Бог и его пророки говорили также: "Не преувеличивать, знать меру! - отвечал ему гость. На это мулла возразил, пожав плечами: «Я ведь не единственный правоверный, вы все тоже правоверные! Одну часть завета: "ешьте и пейте!" выполняю я, другую "знайте меру!" должны соблюдать вы». Так сказал мулла и положил себе в рот еще горсть виноградин (Peshkian, 1977).

Аспекты самопомощи: развитие ожирения с точки зрения позитивной психотерапии

При быстром похудании никогда не исчезает жировой слой, а речь идет только о потере воды, что достигается благодаря эффекту обезвоживания. Ожирение менее чем в 5 % случаев является симптомом органического заболевания (болезнь Кушинга, аденома гипофиза и др.). Именно при ожирении психические и психосоциальные факторы играют решающую роль. В дополнение к назначению диеты или курса голодания следует спросить, что заставляет человека есть больше, чем это необходимо. Из раннего детства люди переносят, что еда является чем-то больше, чем просто поступление питательных веществ (например, внимание матери, «усыпление» потребностей, уменьшение чувства неудовольствия), это еще и те концепции, которые мы перенимаем в процессе воспитания («Ты должен хорошо есть, чтобы стать большим и сильным», «лучше лопнуть, чем что-нибудь оставить богатому хозяину» - бережливость!) и которые отражают наше отношение к еде и наше пищевое поведение. Принцип «Еда и питье скрепляют душу с телом» наделяет процесс

принятия ниши особым значением. Общение, внимание, защищенность и надежность достаются по принципу «Любовь идет через желудок». И рамках пятиступенчатой позитивной психотерапии при помощи позитивного подхода и содержательного анализа (осознание пищевых концепций) закладываются основы полного смысла терапии. Ожирение понимается как положительное отношение к Я, как актуализация ощущений, прежде всего вкуса, эстетики блюд, как щедрость и широта натуры в отношении питания, как приверженность устоявшимся традициям в питании («Кто толст, тот прекрасен»).

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при ожирении

Ступень 1: наблюдение/дистанцирование

Описание случая: «Лучше живот от еды, чем горб от работы!»

Техник 44 лет, который при росте 1,78 м имел массу тела 125 кг, обратился ко мне за консультацией по совету своего домашнего врача, который участвовал в Неделе психотерапии в Бад Наухаймере. Как обычно и бывает в таких случаях, никакого нарушения обмена веществ у него обнаружено не было. С одной стороны, он жаловался только на избыточную массу, полгода лечился от диабета, и уже налицо были признаки гипертонии. С другой стороны, казалось, что свою избыточную полноту он фатально принял как свою судьбу. К психотерапевту он пришел только по настоятельной просьбе своего домашнего врача, который в течение длительного времени имел возможность

наблюдать, как безуспешно проваливались все диеты, курсы санаторного лечения. Складывалось такое впечатление, что пациент чувствовал себя на сеансе психотерапии лишним, с интересом разглядывал обстановку приемного кабинета и тщательно старался игнорировать меня. Начало лечения давалось очень трудно. Пациент ничего не говорил, кроме общих сведений о своем семейном положении, профессиональной деятельности и замечания о том, что он уже привык к злословию по поводу своей фигуры и поэтому «у него нет больше комплексов». Когда мы завели разговор о его концепциях, получился вот такой диалог:

Терапевт: «Что особенно ценили ваши родители? Они ценили успехи в школе, совместное семейное времяпрепровождение, или у каждого были свои свободы и предпочтения?»

Йоханнес: «На школу они, конечно, обращали внимание, но особо важным для них была совместная еда. Моя мать отлично готовила. Когда у меня было много дел или я был раздражен, она была особенно нежна ко мне и готовила мне в утешение что-нибудь из моих любимых блюд».

Йоханнес прервал свой рассказ, как будто ему было больно говорить о привычках питаться в его семье.

Терапевт: «Какой девиз был в Вашем доме?»

Йоханнес: «У нас все было очень просто: еда и питье скрепляют душу.

Я хорошо помню, как, если я не хотел есть, мне

приходилось слышать: «Что подано на стол, должно быть съедено»... Если я как-нибудь не мог съесть все, что недоеденное разогревалось мне еще раз вечером. Когда я не мог есть, то мне говорилось: нет ничего другого. Каждый кусок хлеба, от которого я откусил, должен быть съеден мною без остатка (Йоханнес рассеянно улыбнулся.) А еще мы были грозой трактирщиков. Как мы уплетали! У нас даже была на этот случай пословица: «Лучше лопнуть, чем что-нибудь оставить богатому хозяину». В этом я преуспеваю и сегодня. Когда у нас на работе устраивают застолье, не остается ничего. Я съедаю все. Мои коллеги усмеваются: «Лучше живот от еды, чем горб от работы». (Йоханнес довольно улыбается. На его покрасневшем лбу выступили крупные капли пота.)

Позитивное толкование: «Вы хорошо относитесь к себе и своим ощущениям, прежде всего вкусу, эстетике блюд, Вы щедры в отношении питания», заложило основу в изменении его точки зрения. Таким образом, мы легко смогли перейти к обсуждению укоренившихся привычек в питании.

Этот случай мы описываем также в книге «Позитивная семенная психотерапия» для разъяснения значения концепция (Peseschkian, 1980, S.199ff).

Ступень 2: инвентаризация

Концепции почтительного отношения к еде тянулись из детства пациента. Мы подошли к переживанию, которое было очень важно для Йоханнеса. Когда ему было девять лет, его отец умер. Это было военное время, а вскоре

наступила послевоенная пора. Пища была скудной, и мать Йоханнеса постоянно сетовала: «Что мы теперь будем делать, когда наш кормилец умер?» Роль отца фокусировалась в его функции добытчика пропитания, и эта концепция отложилась в сознании Йоханнеса. Таким образом, еда приобрела символический характер. Она стала для Йоханнеса символом доверия и безопасности, которые он ассоциировал со своим отцом. Мысль о смерти кормильца и подсознательное заключение о том, что ему самому придется умереть от голода, примела Йоханнеса к необходимости вновь и вновь убеждаться, что еды еще достаточно. Вот почему он съедал столько, сколько мог, и с каждым куском приобретал устойчивое чувство безопасности. Действуя так, он поступал в соответствии с семейными традициями уважения к еде. Даже сегодня, как он рассказал нам, его бабушка следила за тем, чтобы он ел достаточно. Когда он возвращался домой утром, отработав ночную смену, он не мог лечь спать, не поев хорошенько. За этим следила его бабушка, которая могла даже разбудить его, обнаружив, что он не поел как следует.

Эти концепции были для Йоханнеса больше, чем просто идеологическим обоснованием. Для него это были принципы, которые в большой степени определяли образ его Я. Он мог идентифицироваться с ними, потому что вырос с ними и потому что они представляли в его сознании внимание, безопасность и даже достижения. Они были центром его системы, в котором сходилась большая часть его мотивов, целей и желаний. А раз эти концепции

имели для него основополагающее значение, его попытки похудеть оказывались тщетными. Отношение к телу было для Йоханнеса предпочитаемой и чрезвычайно дифференцированной сферой переработки конфликтов. Он был изысканным кулинаром и гурманом, эпикурейцем и обжорой. Большое внимание, уделяемое собственному телу, сопровождалось дефицитом в сфере контактов. Кроме матери, бабушки и немногих коллег по работе, Йоханнес не мог назвать кого-либо, с кем у него были бы дружеские отношения. У него было убедительное обоснование: «Если я столько вкалываю каждую неделю, откуда у меня время для друзей и компании?» И хитро, как запоздавшую мысль, добавил: «Что мне делать с гостями в доме? Во-первых, они требуют затрат, а во-вторых, от застолий я толстею». Йоханнес, действительно, был образцом трудолюбия и бережливости. Он сам соглашался работать сверхурочно, а также старался выходить в лучше оплачиваемые смены. Его очевидное трудолюбие коренилось в его бережливости.

Тем не менее эта потребность тоже была связана с уже известной концепцией: ему нужны были большие заработки, чтобы быть уверенным, что у него всегда будет достаточно еды. В связи с этим Йоханнес вспоминал истории о военнопленных, которые даже годы спустя после освобождения не могли заснуть, не имея куска хлеба под подушкой. Они просто не могли справиться со своей памятью о голоде, пережитом ими много лет назад.

Ступень 3: ситуативное ободрение

До сих пор акцент был сделан ил стадии наблюдения и инвентаризации. Йоханнес получил в связи с этим доступ к его проблематике. Насколько живо Йоханнес рассказывал о своей еде и излишествах, настолько мало, казалось, волновали его контакты с ними людьми. Сильное впечатление на него произвело замечание, что контакты являются частью природы человека и что присуща потребность общаться в той же степени, в какой потребность есть. По и это не подтолкнуло его к разговору на данную тему. Его односторонность напомнила мне историю о разделенных обязанностях. Она не посвящена ни чувству вины, ни идеализации, ни негативным качествам и односторонности. Единственное, что эта притча может сказать пациенту: чтобы судить о чем-то, нужно увидеть это целиком. Я рассказал эту историю Йоханнесу. Он использовал ее как повод для рассказа о том, как ему хотелось бы иметь подругу, но из-за его внешнего вида у него пока не было серьезной или длительной связи. И тут его бережливость вновь помогла ему превратить нужду в добродетель: «Жена обошлась бы мне в копеечку!» Но в отличие от того, как он говорил раньше. Йоханнес сказал это с ироническим блеском в глазах, не так уж серьезно относясь к сказанному. В качестве контрконцепции я рассказал ему о значимости контактов на Востоке, о том, насколько широки могут быть семейные связи, как контакты помогают человеку укрепить свое чувство безопасности и самоуважения. Двигаясь в направлении дифференциации, Йоханнес смог увидеть, что его бережливость и

питание выполняли функцию замещения: вначале его отношении с покойным отцом, затем социальных контактов с други-ми людьми.

Ступень 4: вербализация

На этой стадии Йоханнес смог сначала неуверенно и осторожно, затем с любопытством и, наконец, энергично и настойчиво испробовать предложение изменить точку зрения. Параллельно с этим прорабатывалась его основная концепция бережливость.

Ступень 5: расширение системы целей

Ступень 5 была уже заложена, и Йоханнес уже не нуждался при этом в помощи. После того как он сознательно изменил свое поведение в отношении своей концепции усердия и бережливости и получил об этом положительную обратную связь от своего окружения, ему стало нетрудно приглашать других людей. При этом у него наладились стабильные отношения с одной женщиной.

Собственно психотерапевтическое лечение проходило в 15 сеансов. Во время последних семи встреч пациент начал придерживаться дома диеты, которая на этот раз возымела успех. Спустя полгода после лечения Йоханнес снова побывал у меня. Он выглядел свежо и жизнерадостно, излучал тот же покой и невозмутимость, что и прежде, однако не был неузнаваем. Он похудел на 60 фунтов, занимался теперь спортом и планировал большое путешествие, которое хотел связать со своими спортивными увлечениями. Его артериальное давление нормализовалось, а диабет уже не нуждался в лечении. Похудание так

разгрузило его жировой обмен, что выработка инсулина поджелудочной железой снова выросла.

Все это стало возможным благодаря не только проявлению силы воли, но и в связи с изменением его жизненных принципов и расширением его концепций.

Нарушение глотания и кашель

Способность «проглатывать» конфликты, чтобы избежать их, или «прокашлять» кому-либо что-то, боясь ранить его словами или поступками

Определение

При синдроме нарушения глотания речь идет об ощущении чужеродного тела в горле, которое возникает вследствие спазма верхнего отдела пищевода. Аэрофагией называют привычное заглатывание воздуха. Кардиоспазм, или ахалазия, представляет собой спастическое сужение нижнего отдела пищевода. При нарушениях глотания со рвотой содержимое желудка выбрасывается вследствие действия ядов, механических, гормональных или психических раздражителей (отвращение, конфликты) посредством активизации диафрагмы и мышц передней брюшной стенки. При кашле речь идет о спастических дыхательных толчках, которые вызываются раздражением дыхательных путей.

Симптоматика

Пациенты с нарушением глотания жалуются - независимо от приема пищи на ощущение комка или застрявшего шарика в горле, из-за чего они постоянно поперхиваются или навязчиво стараются сглотнуть.

Вследствие заглатывания воздуха возникает вздутие живота с ощущением распираания и сдавления, икотой и иногда болями в сердце. При кардиоспазме прием пищи и глотание осложняются тем, что накопившаяся пища не может попасть в желудок, что часто сопряжено со страхом. Больной с ахалазией почти всегда истощен. Различают сухой кашель и влажный, с отделением мокроты.

Транскультурный аспект и эпидемиология

У представителей различных культур, у которых возникает сильная социальная зависимость, например, от родителей, родителей супруга, других людей, можно встретить нарушения глотания. Также в тех культурах, где учтивость и оказание знаков внимания очень важны, часто встречается повышенный кашлевой рефлекс. Таким способом человек освобождает окружающих и нагружает себя.

В одном исследовании Winter (1958-1959) обнаружил, что женщины страдают нарушениями глотания в 3 раза чаще мужчин. По данным Brautigam и Christian (1973), около 10 % пациентов с депрессиями страдают нарушениями глотания.

Обзор литературы

По Loch (1971) и Huber (1971), ощущение комка в горле представляет собой бессознательный отказ что-то проглотить (в переносном смысле). С точки зрения психоаналитического подхода подобная симптоматика обусловлена конверсией, т.е. вытесненные инстинктивные желания превращаются в телесные симптомы, они имеют

символическое значение и нацелены на выгоду от болезни (Meyer, 1473; Alexander, 1971). Микроциркуляция слизистых, по Thaler (1980), особенно подвергается адренергическому влиянию при эмоциональной нагрузке. По данным Schmeder (1986), иммунная защита слизистых также ослабляется при длительном агрессивном состоянии. По мнению Luban-Plozza и Paldinger (1977), кашель может представлять собой также попытку выпустить («вытолкнуть») внутренние стремления, которые кажутся чуждыми и опасными.

Пословицы и народная мудрость

Комок стоит в горле (подступил к горлу); понести ущерб; петля вокруг шеи затягивалась все туже; я не могу этого проглотить; с души воротит, муторно.

Метафора «Золотой шар»

Ту любовь, что я получил от своего отца, я не вернул ему, потому что, будучи ребенком, не мог еще ценить таких даров и был суров к отцу.

Теперь у меня растет сын, так горячо любимый, как никто, моим отцовским сердцем; и я растрачиваю то, что было мною получено в детстве, на того, кто мне ничего не вернет. Ведь когда он станет мужчиной и станет думать, как все мужчины, он, как и я, пойдет собственным путем: с тоской, но без зависти, я буду смотреть, как он дарит моему внуку то, что предназначалось мне. Я устремляю свой взор далеко в будущее, в зеркало жизни: каждый с улыбкой бросает золотой шар дальше, но никто не возвращает его! (по Borries von Mimchhausen).

Аспекты самопомощи: развитие нарушений глотания и кашля с точки зрения позитивной психотерапии

Моторика пищевода контролируется также нервной системой. При нормальном слюноотделении нес «гладко» спускается вниз. При симптоматическом влиянии происходит уменьшение слюноотделения, появляется «сухость во рту» («в горле пересохло»). При парасимпатической реакции могут возникать спазмы в пищеводе, что приводит к появлению ощущения чужеродного тела или куска в горле, как будто «что-то давит на горло. При нарушениях глотания возникает внутренняя защита против поглощения. Глотание тем не менее происходит, но защита в той или иной степени срабатывает и возникает протест, выражаемый через симптоматику. Ритуализированная вежливость не позволяет пациенту открыто говорить о конфликтах. Он уже в раннем детстве научился «проглатывать» обиды («Когда взрослые разговаривают, ребенку следует помолчать!»). В анамнезе пациентов с хроническим кашлем постоянно приходится сталкиваться с игнорированием собственных потребностей, избеганием конфронтации и подавлением агрессивных тенденций («Умнейший уступит», «Только не спорьте!», «Дети должны слушаться!»). В кашле можно увидеть первый осторожный амбивалентный протест против концепций семьи и окружающей мира. Психологическое значение глотания и кашля очевидно. Пациент с ощущением комка в горле подсознательно отказывается пропустить в себя что-то

нежелаемое («Это никак не может улечься во мне», «Я сыт по горло»). Человек, который кашляет, может быть уверен, что окружающие рефлексивно поворачиваются к нему. Кашлем можно мешать, злить, провоцировать и ранить. «Я кашляю тебе что-то» означает: «Я не готов исполнить твои желания, но я не могу сказать тебе «нет», потому что не хочу тебя травмировать» (в случае отношений).

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при нарушении глотания и кашле

Описание случая: «Я не знаю, что будет дальше». Еще с 1985 г. я страдаю различными расстройствами, которые в последнее время проявляются все чаще. По утрам я не могу выдавить из себя ни звука, бывают тошнота и рвота. К этому можно прибавить слабость, нарушения сна и одышку. С середины 1987 г. присоединился кашель. Мои многочисленные больничные листы привели в 1988 г. к увольнению. Я полностью утратила мужество и радость жизни. Мое состояние причиняет мне столько неприятностей, что я не знаю, что будет дальше.

Актуальная конфликтная ситуация пациентки состоит, с одной стороны, в проблематике справедливости в профессиональной сфере и отношениях с мужем, с другой - в проблеме приобретения самостоятельности, отделения от своих родителей. При этом актуализируется следующий базовый конфликт: до 5 лет больная воспитывалась исключительно матерью и бабушкой, которые очень баловали девочку. Образовалась очень сильная связь мать

дочь и зависимость пациентки от матери. Позднее возвратившийся в дом отец вдруг начал предъявлять высокие требования к дочери. Критериями эмоционального принятия являлись, прежде всего, доказательства успеха в областях усердие/деятельность, аккуратность, вежливость и верность. Хотя эти неожиданные требования воспринимались пациенткой как большая несправедливость, она идентифицировалась с нормами социализации обычно строгого отца. Неверность мужа является для нее глубочайшим оскорблением, на которое она среагировала желанием скорейшего развода. В то же время возникли проблемы с шефом, на которого она переносила свое амбивалентное отношение к отцу. Его высокие требования были восприняты пациенткой как большая несправедливость, что способствовало актуализации базового конфликта. Возникавшие при этом агрессивные импульсы она могла переработать, только направляя их против собственного Я-тело.

При моей интерпретации, что она развила в себе способность кому-либо, кто несправедлив по отношению к ней, что-нибудь «накашлять», пациентка усмехнулась: «Вполне можно сказать и так, но если бы я знала последствия!»

Лечение проходило в рамках пятиступенчатой терапии в течение 8 мес (28 сеансов) при частичном вовлечении партнера. В центре внимания находились актуальные способности справедливость, верность и вера. Метафора «Золотой шар» была задействована в психотерапии, чтобы

облегчить пациентке процесс отделения от прошлого. Так она смогла увидеть опыт своего прошлого в новом свете.

Макарова О.Ф. Психология и практика. Ежегодник Российского Психологического общества. - Т.4, Вып. 5, Ярославль, 1998. – С.62-65.

Макарова О.Ф. Фрустрация и агрессивность у подростков с эрозивным гастродуоденитом

В настоящее время отсутствует научно-обоснованное определение агрессии и агрессивности (Соловьева С.Л., 1995). Под агрессивностью большинство авторов (Левитов Н.Д., 1972; Ениколопов С.Н., 1976; Buss Bercowit L., 1962; Эйдемиллер Э.Г., 1997) понимают разнообразные действия, выражающие мысли и эмоции, которые нарушают физическую или психическую целостность другого человека/группы людей, наносят материальный ущерб, блокируют его/их намерения, противодействуют его/их интересам и ведут к его/их уничтожению.

В «Словаре психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов» (Женева, 1991) дается следующее определение: «Агрессия это наносящее вред поведение (нормальное или болезненное), направленное против других и самого себя (аутоагрессия) и мотивированное враждебностью, гневом, соперничеством» (цит. по Соловьевой С.Л., 1995). Это определение разделяет агрессию на два вида: направленную на внешний объект и на себя. Оба вида проявлений агрессивности, с нашей точки зрения, представляют собой континуум. Многим

ленинградцам памятен случай, произошедший в 60-ых годах, когда больной в состоянии выраженного психомоторного возбуждения бегал по карнизу последнего этажа здания, угрожал властям города, но при приближении пожарных прыгнул вниз и погиб.

В психиатрической и психотерапевтической практике важно понимать в силу каких причин поддерживается высокий уровень агрессивности и что определяет направление ее проявления. Отказ от адекватных, прямых, ситуативно-обусловленных проявлений агрессивности может приводить к проявлениям ее в завуалированных формах. Имеется мнение об особой роли агрессивности в происхождении психосоматических расстройств. Широко обсуждается соотношение понятий агрессивности и фрустрации.

Под фрустрацией многие авторы понимают состояние дискомфорта индивида и попытки его совладать с ним в случаях блокировки достижений жизненных целей (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983). С. Розенцвейг описывает фрустрацию как свойство личности, неспособность личности приспособиться к дискомфортной ситуации. Выделяют фрустрационную толерантность - способность справиться с подобными ситуациями без утраты психобиологической адаптации (цит. по Тарабриной Н.В., 1973).

Целью настоящего исследования является определение уровня агрессивности, ее структуры и способов ответа

личности на фрустрирующую ситуацию в группе младших подростков с эрозивным гастродуоденитом.

Обследовано две группы подростков по 20 человек 12-15 лет с равномерным распределением по полу. Первую группу(1) составили подростки, проходившие реабилитацию по поводу эрозивного гастродуоденита в РЦ «Детские Дюны». Вторую группу(2) составили здоровые социально адаптированные подростки из школы в Санкт-Петербурге.

Для исследования особенностей ответов на фрустрирующую ситуацию использован тест рисуночной ассоциации С.Розенцвейга в компьютерной версии (Гребенюка Л., Затуловского А.,1991).

При исследовании направлений реакций личности подростков на фрустрирующую ситуацию нами установлено в 1-ой группе резкое снижение экстрапунитивного их направления, т.е. тенденций порицать источник фрустрации; преобладали интрапунитивные (83%), только у 33% отмечалось импунитивные стремление избежать порицания. Во 2-ой группе отмечено почти равномерное распределение экстра-(40%) и интрапунитивных (35% отмечены лишь у 10%) .

При исследовании типов реакции личности на фрустрацию в 1-ой группе они распределились в следующем соотношении: у 44% преобладала фиксация на препятствии; у 33%- на решении ситуации; практически отсутствовала - на самозащите. Во 2-ой группе типы реакций распределились более равномерно: фиксация на

препятствии у 30 подростков, на решении ситуации у 40, на самозащите только у 5. Выявленные направленности и типы реакций на фрустрацию нами рассматриваются как психологические «мишени» для онтогенетически ориентированной психотерапии.

Далее мы акцентируем внимание на особенностях реакций личности подростков с эрозивным гастродуодснитом на ситуации фрустрации, а так же на уровне и структуре агрессивности у них. Наиболее значительные различия в типах поведения подростков двух групп состояли в следующем. Для 94% 1-ой группы характерно подавление потребности агрессии и связанного с ней негативного аффекта. Во 2-ой группе такое подавление отмечено лишь в 30% ($p < 0,01$).

У 83% 1-ой группы отмечен ассимилятивный тип конфликтного поведения, рационализированное приспособление к ситуации фрустрации, повышенное чувство вины, стыда, аутоагрессивные элементы поведения, неадекватное признание себя как виноватого и сверхответственного. Такие личности, по мнению авторов компьютерной версии, могут поддаваться диктату агрессивной среды; стремятся избежать межличностных конфликтов, готовы идти на уступки; хорошо управляют собой, но имеют трудность в управлении другими. У 83% 1-ой группы отмечена тенденция испытуемых «переждать» неблагоприятную ситуацию; во 2-ой группе - у 50 %.

Неумение разделять ответственность в ситуациях фрустрации у 56% 1-ой группы и у 35% 2-ой группы;

примиренческая позиция в конфликте, связанная со страхом новой фрустрации или с социальной и субъективной неприемлемостью агрессивного повеления выявлены у 56 % 1-ой группы и у 47% второй группы. У 72% 1 -ой группы и 60% 2-ой группы отмечено их стремление находить положительную сторону и обучающий момент в неблагоприятных ситуациях, что с нашей точки зрения может быть интерпретировано как психологические защиты по типу рационализации, интеллектуализации. Целый ряд возможных реакций на фрустрацию в 1-ой группе отсутствует, в частности, аккомодативный стиль поведения со стремлением подчинить действительность своим потребностям, наступательным поведением в конфликте; во 2-ой группе этот стиль отмечен у 40% ($p < 0,01$).

У подростков 1-ой группы отсутствовали стремление к лидерству, а также эмоциональная нестабильность, возбудимое поведение, реакции сверхкомпенсации, во 2-ой группе они отмечены в 20-25%.

В группе больных подростков наиболее напряженными эмоционально явились отношения с лицами мужского пола: отцами и сверстниками по данным исследования, полученного с использованием ЦТО.

После проведения курса интегративной онтогенетически ориентированной психотерапии у подростков 1-ой группы выявлены при повторном тестировании в 23% - снижение страха фрустрации, тенденций к «пережиданию» ситуации; повышение уровня

активности для удовлетворения фрустрированной потребности, способности делегировать ответственность. У 12% агрессивное поведение и участие в конфликте стало открытыми и осознаваемыми. Увеличились показатели социальной адаптации, конструктивного решения проблем.

Исследование уровня и структуры агрессивности у подростков нами проведено с использованием опросника А.Басса, А.Дарки (1961). Отмечено повышение уровня агрессивности в 1-ой группе по следующим шкалам: раздражительность - у 66%; подозрительность - у 53%; косвенная агрессия - у 46%; негативизм - у 40%; чувство вины у 40%; обиды у 26,6%; вербальная агрессия у 26,6%; физическая агрессия у 26%.

Высокие показатели первых пяти шкал указывают если не на тенденции к аутоагрессии, то на склонность к накоплению агрессивного потенциала. После проведения курса психотерапии произошло снижение уровня агрессивности по шкалам: раздражительность у 50%; подозрительность у 40%; косвенная агрессивность у 30%; чувство вины у 10%; физическая агрессия у 10%.

Результаты исследования группы подростков с эрозивным гастродуоденитом указывают на повышение агрессивности в данной группы, выраженное ограничение ее проявления, аутоагрессивные тенденции, снижение социальной адаптации. Исходя из полученных результатов, мы считаем неправомерным рассматривать психосоматические расстройства вообще, и эрозивный гастродуоденит в частности, лишь как биологическую

дезадаптацию. Принимая во внимание социопсихобиологическую модель заболеваний, нам представляется целесообразным рассматривать эти расстройства как биопсихосоциальную дезадаптацию. Результаты исследования позволяют подтвердить важную роль агрессивности и реакций на фрустрацию в сложном этиопатогенезе эрозивного гастродуоденита у подростков. В результате клинико-психологического исследования получила подтверждение высказанная нами гипотеза о том, что невроты и психосоматические расстройства являются одним из видов саморазрушающего поведения (Эйдемиллер Э.Г., 1990). Включение психотерапии в широкий комплекс реабилитационных мероприятий играет важную роль в терапии и профилактике саморазрушающего поведения подростков вообще и психосоматических расстройств у них в частности.

<http://bekhterev.spb.ru/science/confer2005/>

**Барановский А.Ю., Петров Д.П., Федорова В.Л.
Внутренняя картина болезни у больных с
воспалительными заболеваниями кишки**

Воспалительные заболевания кишки (ВЗК), в частности, болезнь Крона и неспецифический язвенный колит (НЯК), как известно, являются хроническими заболеваниями с тяжелым течением, частым рецидивированием и многочисленными местными и системными осложнениями. Возникновение и развитие заболевания является мощным фрустратором, который блокирует актуальные жизненные

потребности больного человека, препятствует его самореализации и адаптации к различным условиям среды. В этой связи представляется актуальным исследование роли эмоционально-личностной сферы больных в патогенезе симптомообразования в контексте психосоматических соотношений.

С этой целью разработана методология исследования, включающая разработку специальной формализованной истории болезни. Обследовано 20 пациентов с болезнью Крона и 20 пациентов с НЯК. Средний возраст обследованных составил $39,7 \pm 9$ лет. Диагноз ставился на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных. В качестве рабочего инструментария экспериментально-психологического исследования использовалась батарея психодиагностических методик: «Тип отношения к болезни»; «Симптоматический опросник невротических расстройств»; «Интегративный тест тревожности»; «Экспериментальная шкала для определения депрессии Зунг»; «Уровень социальной фрустрированности»; «Опросники для определения копинг-поведения и качества жизни (SF-36)». Предварительные результаты экспериментального исследования свидетельствуют о том, что ВЗК сопровождается симптомокомплексом, включающим помимо физического психический и социальный дискомфорт преимущественно неврозоподобного характера. Болезнь дезорганизует личность больного, его поведенческую активность, нарушает семейный и

социальный статус в целом. Наиболее частыми реакциями на действие многообразных стрессовых факторов в условиях ВЗК (в качестве которых выступает и сама болезнь), являются эмоционально-личностные нарушения различной степени выраженности, среди которых ведущее место занимают тревожно-депрессивный и астенический синдромы. В условиях сложного переплетения соматогенных, психогенных и личностных факторов, которые в своей совокупности формируют своеобразие внутренней картины болезни, прослеживается четкая положительная зависимость выраженности указанных расстройств от стадии заболевания; возникновению рецидивов способствуют неконструктивные формы защитно-совладающего поведения, которые можно рассматривать как факторы, снижающие уровень качества жизни больных. Вероятность срыва адаптации и развития рецидива повышается из-за достаточно узкого «спектра» используемых защитных механизмов, поэтому одной из психотерапевтических «мишеней» может быть когнитивно-поведенческая психотерапия и другие техники коррекции личности.

Иванов С.В. Синдром раздраженной толстой кишки. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 2/№ 2/2000. <http://www.consilium-medicum.com/>

Иванов С.В. Синдром раздраженной толстой кишки
Введение

Изучение функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), объединяемых понятием синдрома раздраженной толстой кишки (СРТК), ведется с конца XIX в. Первые описания синдрома в рамках "мукозного энтерита" представлены в работе J. Da Costa, опубликованной в 1871 г. Начиная с 30-х годов прошлого века наибольшее распространение получил термин "синдром раздраженной толстой кишки", предложенный Н. Woskus в 1929 г. В качестве синонимов используются такие понятия, как "спазмированная толстая кишка", "спастический колит", "невроз толстой кишки", "дискинезия толстой кишки", "функциональная диарея", "функциональная энтероколонопатия", "нервная диарея".

Эпидемиологические показатели

СРТК относится к наиболее распространенным психосоматическим расстройствам (А.Б. Смулевич и соавт., 1999). По данным эпидемиологических исследований, примерно одна пятая всего населения страдает симптомами СРТК в те или иные периоды жизни, а встречаемость симптомов СРТК в населении оценивается в 8-19% (D.A. Drossman, 1994). Однако далеко не во всех случаях симптомы СРТК достигают клинического уровня и определяют необходимость обращения за медицинской помощью. Лишь 5% из всех лиц с признаками нарушений функций толстой кишки страдают клинически завершенными формами СРТК (G. Friedman, 1991). СРТК - наиболее частая форма патологии в гастроэнтерологической практике: на его долю приходится

до 11% от всех диагнозов, устанавливаемых гастроэнтерологами (J. Richter, 1989). Более того, симптомы СРТК выявляются у 50% пациентов, обращающихся к гастроэнтерологам (R.F. Harvey и соавт., 1983).

В большинстве случаев СРТК развивается в позднем подростковом и раннем взрослом возрасте, причем у женщин примерно в 2 раза чаще, чем у мужчин. Известны лишь единичные случаи манифестации СРТК у лиц старше 60 лет. СРТК, как правило, манифестирует моносимптомами, наиболее типичные из которых - боль и ощущение переполнения в животе или эпигастрии, тошнота, "урчание" в области живота, либо расстройства аппетита или стула (B. Hochstrasser, J. Angst, 1996).

Дефиниция и диагностические критерии

Основными проявлениями СРТК, в соответствии с большинством используемых на сегодняшний день дефиниций этого симптомокомплекса, являются нарушения моторной функции толстого кишечника и абдоминалгии. Нарушения моторики толстого кишечника реализуются в изменениях стула. Чаще выявляется преобладание запоров (примерно половина пациентов), а случаи с преобладанием диареи и смешанные варианты (перемежающиеся диарея и запоры) распределяются примерно одинаково (Ф.И. Комаров и соавт., 1999). Для пациентов с запорами типично ощущение неполноты опорожнения кишечника после дефекации, что сопровождается частыми и субъективно тягостными попытками повторной дефекации. Случаи с преобладанием диареи характеризуются жидким и

учащенным стулом, суммарный объем которого, однако, не превышает такового в норме. Вторым ведущим клиническим признаком СРТК является болевой синдром. В большинстве случаев абдоминалгии носят характер спастических болей, изолированных или эпизодически возникающих на фоне диффузных и стойких болевых ощущений в области живота. Алгии могут отличаться по интенсивности и локализации не только у разных пациентов, но и у одного пациента в различные периоды времени. Возможна атипичная проекция болевых ощущений, не совпадающая с анатомическим расположением толстого кишечника, а также и экстраабдоминальная локализация (К. Moriarty, A. Dawson, 1982). Одной из особенностей болевого синдрома при СРТК является обострение алгий на фоне позывов на дефекацию и их редукция (полная или частичная) непосредственно после дефекации.

На сегодняшний день разработано несколько диагностических критериев СРТК. Наиболее широкое распространение получили так называемые Римские критерии, основанные на симптоматологическом подходе к классификации функциональных расстройств ЖКТ.

Диагностические критерии СРТК ("Римские" критерии):

Следующие симптомы, непрерывные или рецидивирующие в течении более 3 мес:

1. Боли или ощущения дискомфорта в области живота, которые

- а) облегчают после дефекации и/или
- б) связанные с частотой стула и/или
- в) связаны с изменениями в консинтенции стула

2. Дополнительно 2 или более из следующих симптомов в течении более 1/4 числа дней:

- а) изменение частоты стула (более 3 позывов в день или менее 3 в неделю);
- б) изменение консинтенции стула (твердый или жидкий);
- в) изменение пассажа (ускорение или ощущение неполного освобождения толстой кишки);
- г) выделение слизи;
- д) чувство распирания или расширение кишечника.

(Цит. по W.G. Thompson и соавт. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. Gastroenterol. Int. 1988; 2: 92-5).

Несмотря на определенные разногласия, все диагностические схемы предусматривают квалификацию СРТК по типу диагноза исключения, т.е. при условии исключения любой органической патологии ЖКТ, которая может лежать в основе формирования и динамики симптомов СРТК.

Следует также отметить, что трактовка сущности СРТК в последние годы претерпевает значительные изменения, что связано с расширением знаний в области этиологии, патогенеза и клинических особенностей СРТК. При этом в первую очередь подчеркивается сопряженность нарушений функций ЖКТ, рассматриваемых в рамках СРТК, с патологическими процессами в центральной нервной системе. Так, в соответствии с явно прослеживающейся

тенденцией к пересмотру понятия "функциональных расстройств" внутренних органов предполагается, что СРТК выступает как клиническая манифестация дисбаланса в нейротрансмиттерных системах, в частности, серотонинергической и допаминергической (Д.С. Саркисов, 1998; С.И. Рапопорт, 1999).

Современные этиопатогенетические концепции СРТК основаны на взаимодействии генетически и психогенно обусловленных (т.е. связанных с психотравмирующими воздействиями) патофизиологических, психопатологических и личностных расстройств. В качестве иллюстрации можно привести биопсихосоциальную схему СРТК, представленную в одной из последних работ D. Drossman и соавт., 1999 (см. рисунок).

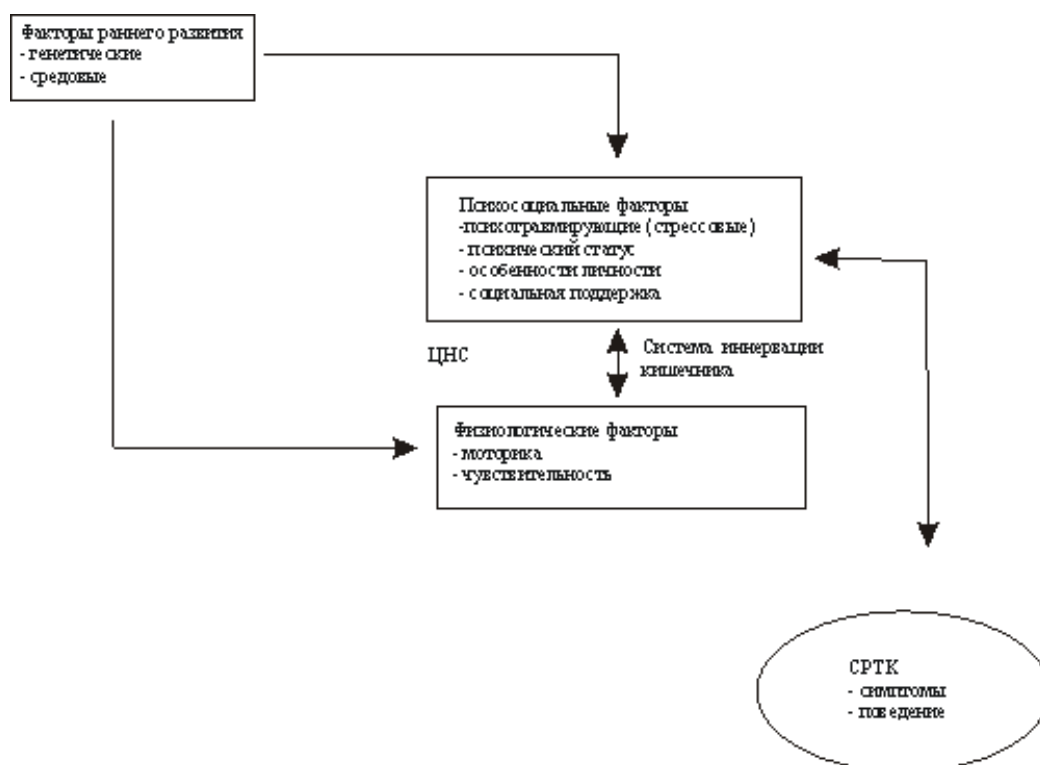
СРТК и психическая патология: клинические соотношения

Связь функциональных нарушений ЖКТ при СРТК с психической патологией отмечалась еще в работах J. Da Costa. Автор связывал возникновение приступообразных болей в животе, сопровождавшихся диареей и учащением стула, с патологическими страхами, тревогой, повышенной возбудимостью.

Данные многочисленных исследований подтверждают, что СРТК представляет собой сложный психосоматический симптомокомплекс, в структуре которого интегрируются нарушения функций толстого кишечника и различные психопатологические образования. По оценкам различных

исследователей, встречаемость психических расстройств при СРТК достигает 70-90%. При этом гастроэнтерологические расстройства более чем в половине случаев манифестируют на фоне уже сформировавшейся психической патологии. С другой стороны, более 50% пациентов с СРТК реагируют на стрессовые ситуации обострением как гастроэнтерологической, так и психопатологической симптоматики.

Рисунок. Биопсихосоциальная модель СРТК (адаптировано по D.A. Drossman, F.H. Creed, K.W. Olden, J. Svedlund, B.B. Toner, W.E. Whitehead. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. Gut 1999; 4S(Suppl II): II25-30)



Отмечается преобладание невротических (тревожных) и аффективных (депрессивных) расстройств, протекающих с

выраженными алгическими и вегетативными нарушениями (слабость, повышенная утомляемость, нервозность, головокружение, головные боли, тремор, боли в области спины, нарушения сна).

Как свидетельствуют результаты исследования, выполненного сотрудниками Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель - член-корр. РАМН, проф. А.Б. Смулевич) НЦПЗ РАМН и Лаборатории хрономедицины и клинических проблем гастроэнтерологии РАМН (руководитель - акад. РАМН, проф. Ф.И. Комаров) пациенты с СРТК различаются по клиническим проявлениям (как психопатологическим, так и связанным с нарушениями функций ЖКТ) и динамике заболевания.

СРТК и невротические расстройства (органный невроз)

В части случаев психические нарушения ограничиваются невротическими - тревожными и соматоформными (алгическими, вегетативными) расстройствами. При этом СРТК протекает более благоприятно, а клиническая динамика состояния пациентов подчиняется основным закономерностям течения так называемых органических неврозов, таких, например, как кардионевроз.

Особенности состояния таких пациентов состоят в том, что болевые ощущения, несмотря на их отчетливую привязанность к области органов пищеварения, как правило, не имеют четкой локализации. Абдоминалгии обнаруживают тенденцию к миграции, изменчивости

областей иррадиации и интенсивности. Характер болей также отличается лабильностью: ощущения жжения сменяются тянущими, спастическими или колющими болями. При этом алгии сопровождаются ощущением вздутия живота, внезапными неоднократными позывами на дефекацию с последующим чувством неполноты опорожнения кишечника. Зачастую больные ретроспективно связывают возникновение симптомов с нарушением диеты, образа жизни, перемены места постоянного проживания, психотравмирующими обстоятельствами.

Патологические телесные ощущения в большинстве случаев не ограничиваются абдоминалгиями. Характерно присоединение головных болей по типу стягивающего обруча, либо кола, вбитого в голову, прокалывающих болей в области сердца. Часто отмечается конверсионная симптоматика - головокружения, неустойчивость и шаткость походки, периодически возникающие обморочные состояния, онемение рук и ног по типу истерических "перчаток" и "носков".

Патологические телесные ощущения при рассматриваемом варианте СРТК, как правило, сочетаются с тревожно-фобическими расстройствами. Имеют место эпизодические обострения болевых ощущений и расстройств стула в рамках панических приступов (эпизодические спонтанные или ситуационно обусловленные приступы страха с массивными вегетативными расстройствами). Симптоматика, как правило, возникает остро, в метро,

общественном транспорте, реже - на улице, по ходу следования на работу. В ряде случаев присоединяются патологические страхи недержания кишечных газов или позывов на дефекацию в общественном месте, что сопровождается формированием охранительного поведения: отказ от поездок в общественном транспорте, ритуальные неоднократные посещения туалетов перед выходом на улицу до ощущения полного опорожнения кишечника, изучение мест расположения общественных уборных по маршруту следования.

Другой особенностью СРТК, протекающего в рамках органического невроза, является чрезмерная фиксация пациентов на "патологических процессах" в ЖКТ. Неудовлетворенность в отрицательных результатах исследований, тревога по поводу своего здоровья приводят к попыткам самостоятельно, на основании ощущений и сведений, почерпнутых из популярной и специальной литературы, поставить себе диагноз и заняться самолечением.

В ряду характерных преморбидных особенностей больных с СРТК, протекающих по типу органического невроза, следует отметить черты так называемой симптоматической лабильности с акцентуацией на функциях ЖКТ: возникающие на фоне нервного напряжения (экзамены в школе, ответственные мероприятия, проверки на производстве) кратковременные изменения частоты стула, ощущения сжатия, распираания, бурчания в области живота.

При сравнительно большой (до нескольких лет) длительности течения заболевания пациенты легко адаптируются к своим состояниям, обращаясь к врачу лишь после усиления симптоматики на фоне какого-либо психотравмирующего события, либо при появлении новых, не свойственных прежнему состоянию симптомов, таких как нехарактерные боли в животе, появление приступов одышки, сердцебиения. Даже в случаях стойкого избегающего поведения не наблюдается снижения работоспособности, профессионального стандарта - пациенты сохраняют социальную активность. **СРТК и личностные расстройства (ипохондрическое развитие)**

В ряде случаев хронификация симптомов СРТК сопряжена патологической динамикой личностных черт, которая обозначается как ипохондрическое развитие. Преморбидные личностные особенности представлены чертами ригидности, скрупулезности, утрированной склонностью к порядку, сочетающимися с тенденциями к тревожным реакциям при вынужденных переменах в устоявшемся укладе жизни, застреванию на неприятностях.

Манифестация СРТК, как и при органических неврозах, как правило, связана с психотравмирующей ситуацией. Однако после разрешения такой ситуации обратного развития симптомов не отмечается. Напротив, проявления СРТК стойко сохраняются на протяжении многих лет и приобретают доминирующее значение в сознании

пациента. Формируется сверхценный ипохондрический симптомокомплекс, включающий наряду с абдоминалгиями и периодическими нарушениями стула выраженные изменения в направленности интересов и всего строя жизни пациента.

Болевые ощущения отличаются четкостью и стойкостью локализации, неизменностью характера ощущений (как правило, режущие, давящие, тянущие боли), детальностью в описаниях. Типичны периодические обострения алгической симптоматики, связанные с психотравмирующими воздействиями. Пациенты фиксированы на болевых ощущениях, которые нередко сопровождаются фобиями (канцерофобия).

Фиксация на состоянии здоровья сопровождается тщательным штудированием соответствующей научно-популярной литературы, приверженностью к немедикаментозным методам лечения. По мере течения заболевания пациенты постепенно исключают из рациона все большее количество пищевых продуктов. Причем если на начальных этапах болезни подбор диеты осуществляется в соответствии с рекомендациями врачей, то с годами этот процесс становится все менее рациональным. Подбор диеты осуществляется преимущественно в соответствии с выраженностью абдоминалгий и телесного дискомфорта после приема тех или иных продуктов или основывается на отрывочных сведениях, почерпнутых из популярной литературы или от знакомых. При этом пациенты, как правило, отказываются изменять диету в соответствии с

рекомендациями врачей, мотивируя это тем, что любое, даже незначительное отклонение от сложившегося стереотипа питания сопровождается резким усилением абдоминалгий, метеоризмом, ощущением вздутия живота, нарушениями стула. Подобная же избирательность наблюдается и в отношении лекарственных средств.

СРТК и аффективные расстройства (соматизированная депрессия)

Сопряженность СРТК с депрессивными расстройствами отмечается примерно в 2 раза чаще, чем с невротическими. Преобладают затяжные (более 2 лет) эндогенные депрессии - периодические депрессивные состояния, возникающие аутохтонно (вне непосредственной связи с психотравмирующими событиями), как правило, легкой и умеренной степени тяжести.

В ряду клинических признаков депрессии преобладают так называемые соматические симптомы депрессии, среди которых ведущее место занимают нарушения функций пищеварительной системы. При этом признаки нарушений функций ЖКТ, типичных для СРТК - запоры, абдоминалгии, выступают в качестве общих симптомов депрессии и патологии системы пищеварения (СРТК) наряду со снижением аппетита (депрессивная анорексия), ощущением неприятного привкуса или горечи во рту, сухостью слизистой ротовой полости. Также отмечаются значительное снижение массы тела и стойкие нарушения сна.

В отличие от пациентов с невротическими расстройствами у больных депрессией абдоминалгии характеризуются монотонностью и однотипностью проявлений и лишь в единичных случаях сопровождаются патологическими телесными ощущениями экстраабдоминальной локализации. Боли носят преимущественно тянущий или ноющий характер, лишь эпизодически отмечаются резкие спастические алгические ощущения. Пациенты отмечают тягостный, "мучительный" и "изнуряющий" характер болей. Абдоминалгии неизменны по локализации, сохраняются на протяжении всего периода бодрствования. Интенсивность болей меняется редко, преимущественно в соответствии с характерным для эндогенных депрессий суточным ритмом выраженности всей депрессивной симптоматики с утяжелением в утреннее или реже вечернее время.

Диагностика таких депрессивных состояний, обозначаемых как соматизированные депрессии, требует тщательного клинического обследования, так как основные симптомы эндогенной депрессии - собственно депрессивное настроение и содержательный симптомокомплекс депрессии (идеи малоценности, чувство вины, пессимистическая оценка собственного положения в окружающем мире) остаются как бы на втором плане. Квалификация депрессии должна основываться на отдельных, но наиболее значимых симптомах депрессии, включающих: признаки собственно депрессивного настроения (стойкая подавленность, угнетенность, чувство тоски), патологический суточный ритм, идеи

самообвинения, суицидальные мысли, периодичность манифестации болезненной симптоматики, ремиттирующее течение.

СРТК и шизофрения

Признаки СРТК, сходные с нарушениями функций ЖКТ при органических неврозах и ипохондрическом развитии, могут наблюдаться у больных вялотекущей ипохондрической шизофренией. Однако в этих случаях клинические проявления СРТК и сопутствующей психопатологической симптоматики приобретают ряд особенностей, определяющих диагностику состояния в рамках эндогенного заболевания.

В клинической картине доминируют аномальные телесные ощущения в области живота, тогда как изменения частоты и консистенции стула отчетливо выражены, как правило, только в периоде манифестации заболевания, а в дальнейшем выявляются лишь эпизодически. Тягостные ощущения в области живота утрачивают характер болей, отличаются необычностью и неопределенностью формулировок, используемых пациентами для их описания (чувство скручивания, переворачивания, сверления, перекачивания), приобретая характер сенестопатий.

Упорное стремление к обследованию в связи с опасениями злокачественного новообразования сочетается с настороженностью и недоверием к мнению врачей, высказывающих сомнение в наличии онкологического заболевания. Сообщение об отрицательных результатах обследования не приводит к облегчению состояния (как это

свойственно больным с невротическими расстройствами), а, напротив, ведет к усугублению недоверия, а в некоторых случаях и к убежденности в том, что врачи целенаправленно скрывают факт тяжелого соматического заболевания. Настороженность в отношении возможной онкологической патологии сопровождается односторонней интерпретацией изменений самочувствия: запоры трактуются как признаки кишечной непроходимости, незначительное снижение массы тела - как проявление раковой кахексии.

Еще одной особенностью клинической картины СРТК у больных шизофренией является нелепость и вычурность диетических схем и других средств, к которым прибегают пациенты для купирования тягостных ощущений в области толстого кишечника: сильное (до образования геморрагий) надавливание или удар кулаком в области проекции боли, длительное (до нескольких часов подряд) пребывание в ванне с прохладной водой и т.д.

По мере течения заболевания наряду с ипохондрической фиксацией на болезненных ощущениях и изменениях частоты стула выявляются отчетливые признаки типичных для шизофрении негативных изменений личности - аутизма и астенического дефекта. Связанная с эндогенным процессом аутизация проявляется постепенным сужением круга общения, утратой теплых чувств к близким, отказом от любых видов деятельности или интерперсональных контактов, не связанных с состоянием здоровья.

Нарастающие с годами признаки астенического дефекта определяют непреходящее ощущение слабости во всем теле, "дряблости" мышц, непереносимости интеллектуальных, эмоциональных и физических нагрузок: в ответ на любое напряжение отмечается резкое обострение болевых ощущений и нарушение частоты стула. При этом обращает на себя внимание несоответствие тяжести нагрузки степени и длительности обострения алгической симптоматики.

СРТК, сопряженный с шизофренией, отличается наименее благоприятным исходом с выраженным снижением профессионального уровня и социальной дезадаптацией вплоть до полной утраты работоспособности и инвалидизации.

Терапия

Учитывая тесные взаимосвязи нарушений функций ЖКТ с психопатологическими нарушениями, фармакотерапия СРТК предусматривает комбинированное применение психотропных средств и препаратов, используемых в гастроэнтерологической практике для нормализации моторной функции и внутренней среды толстого кишечника. В частности, при выраженных явлениях дисбактериоза и стойкого спазма толстого кишечника рекомендуется сочетать психофармакотерапию с бактериальными препаратами или спазмолитическими средствами.

Полиморфизм психических расстройств, сопряженных с нарушениями функций толстой кишки, определяет

показания к применению всех основных классов психотропных средств - транквилизаторов (анксиолитиков), антидепрессантов и нейролептиков.

Очевидно, что выбор средств психотерапии необходимо соотносить с дополнительными требованиями, предъявляемыми при лечении психосоматической патологии, а именно - минимальность неблагоприятного влияния на соматические функции и отсутствие нежелательных лекарственных взаимодействий с соматотропными препаратами. Наиболее полно таким требованиям отвечают транквилизаторы, как производные бензодиазепина (диазепам - валиум, хлордиазепоксид - седуксен, реланиум, клоразепат - транксен и др.), так и других химических групп и, в первую очередь, блокаторы гистаминовых H₁-рецепторов (гидроксизин - атаракс); современные антидепрессанты - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин - прозак, сертралин - золофт, пароксетин - паксил, циталопрам - ципрамил, флувоксамин - феварин), селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (тианептин - коаксил), селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (миансерин - леривон), обратимые ингибиторы моноаминооксидазы (моклубемид - аурорикс, пиразидол); отдельные нейролептики (сульпирид - эглонил, хлорпротиксен, алимемазин - терален, оланзапин - зипрекса, рисперидон - рисполепт)2.

При формировании симптомов СРТК у больных с органическими неврозами и ипохондрическим развитием

показано применение транквилизаторов, а в случаях с выраженной тревожно-фобической симптоматикой (частые и спонтанные панические атаки) - серотонинергических антидепрессантов с анксиолитическими свойствами (коаксил, пароксетин). Особое место в лечении таких пациентов занимает препарат класса замещенных бензамидов сульпирид (эглонил). Как свидетельствуют результаты исследований, этот препарат благодаря широкому спектру клинической активности (комбинация антиэметического - противорвотного, антидиспепсического и психотропного эффектов) может оказаться эффективным средством монотерапии (без присоединения спазмолитиков, бактериальных средств, анальгетиков) у более чем половины пациентов. В дозах 200-450 мг/сут сульпирид оказывает комплексное клиническое действие, обеспечивая одновременную редукцию как психопатологических симптомов, так и нарушений функций ЖКТ.

Больным соматизированными депрессиями более предпочтительно назначение антидепрессантов. При этом выбор антидепрессанта должен основываться как на особенностях спектра психотропной активности (соотношение противотревожных/активирующих компонентов терапевтического эффекта), так и на особенностях побочных эффектов препаратов. Для пациентов с преобладанием в структуре СРТК заповров более показаны антидепрессанты с селективным серотонинергическим действием (флуоксетин, сертралин,

пароксетин, тианептин), обладающие стимулирующим эффектом в отношении моторики толстого кишечника. Традиционные трициклические антидепрессанты в этих случаях менее предпочтительны из-за выраженных антихолинергических эффектов, способных усугублять как тяжесть запоров, так и других субъективно тягостных нарушений функций ЖКТ (сухость во рту).

При сочетанных тревожно-депрессивных состояниях целесообразно ориентироваться на антидепрессанты, обладающие наиболее отчетливым анксиолитическим эффектом (пароксетин, тианептин).

Если СРТК в структуре соматизированной депрессии протекает с преобладанием диареи, то, напротив, целесообразнее использовать антидепрессанты других классов, такие как селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (миансерин), не обладающие отчетливыми эффектами в отношении моторных функций ЖКТ.

Особые затруднения возникают при лечении больных шизофренией с мономорфными, неизменными по своим проявлениям и стойкими (в течение многих лет) алгиями с четкой локализацией, сопряженными со сверхценной фиксацией на болевом синдроме. В этих случаях целесообразно использовать психотропные средства из группы нейролептиков - сульпирид (эглонил), рисперидон (рисполепт), оланзапин (зипрексу), а в случае лекарственной резистентности - и другие нейролептики (галоперидол, пипотиазин - пипортил).

5. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: Медицина, 1996. - С. 433-439.

Пезешкиан Н. Урологические заболевания

Способность выводить проблемы через почки и давать понять о «недержавшихся состояниях»; способность «плакать нижней частью тела».

Определение

Энурезом, или Enuresis nocturna, называется состояние, когда у ребенка в возрасте старше 3 лет по ночам непроизвольно отходит моча. Раздраженностью мочевого пузыря называют позывы к частому опорожнению мочевого пузыря при относительно небольшом его заполнении. Воспаление мочеиспускательного канала (уретрит) характеризуется частым мочеиспусканием, которое сопровождается жжением. При воспалении мочевого пузыря (цистит) воспаляется слизистая мочевого пузыря, а иногда и вся его стенка. Простатитом называется воспаление простаты с затруднением мочеиспускания, позывами и болями в паху, промежности и гениталиях, часто сопровождающееся и расстройствами сексуальной функции. Фенацетиновым нефритом называется хроническое заболевание почек после избыточного приема фенацетин содержащих лекарственных препаратов. Гемодиализом называется инструментальный метод, при

котором кровь больного с заболеванием почек очищается от шлаков обмена веществ и ядовитых химических веществ.

Симптоматика

Позывы к мочеиспусканию, которые при раздраженном мочевом пузыре обычно беспокоят в течение дня, сопровождаются, как правило, ощущением жжения при мочеиспускании. При уретрите нередко наблюдаются слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала. Цистит может протекать с внезапным ознобом и повышением температуры тела. Типичные симптомы фенацетинового нефрита - это гематурия и протеинурия (кровь и белок в моче), серая окраска кожи, особенно губ, и запоры. Пациенты на гемодиализе постепенно утрачивают физические и духовные силы.

Транскультурный аспект и эпидемиология

После двух мировых войн наблюдались так называемые каменные волны. Число больных мочекаменной болезнью сегодня так же велико, как и число больных диабетом. В высокоцивилизованных странах число больных с камнями в почках постепенно увеличивается. И новейшей медицинской литературе органическая причина энуреза отмечается только в 10 % случаев. Средняя ожидаемая продолжительность жизни лиц, находящихся на гемодиализе, по данным Petzold и Reindell (1980), только в 70 % случаев превышает 5 лет; с точки зрения психосоматики ситуация выглядит несколько иначе, мочекаменная болезнь, согласно Папин (1986), особенно часто встречается на Балканах, в Турции, Индии и Китае.

Обзор литературы

Психологическим значением центрального развития особенно много занимался Schultz-Hencke (1951). Он трактует уретральное переживание прежде всего с точки зрения «Воли» и «Препятствия». Процесс мочеиспускания очень тесно связан с понятиями «отдавать», «дарить». Испытывающий уретральное препятствие не может этого сделать. Он несвободен. Он утратил свою беззаботность.

Гемодиализ такие авторы, как Kaplan tie Sour (1981), Drees (1976), Fregberger (1981). Vollrath и др. (1976), которые изучали психосоматические аспекты у находящихся на гемодиализе больных, выявили у них такие Предпочтительные механизмы защиты, как вытеснение и отрицание, и сошлись на том, что иначе они не смогли бы перенести длительный стресс гемодиализа типична для пациентов, кажется, неспособность вербализовать страхи и конфликты.

Пословицы и народная мудрость

Это сидит у него в почках (злит, бесит, раздражает кого-либо); отпустить на все четыре стороны; намочить штаны от страха; испытывать давление; «мочевой пузырь первоклассника».

Притча: «Что случилось, того нельзя изменить»

Один ученый, единственной радостью которого были наука " книги, был оклеветан своими коллегами, которые завидовали его успехам в работе. Ученый был очень опечален этим, однако не мог и не хотел жить во вражде с окружающими, в том числе и со своими коллегами.

Однажды от глубокой тоски он заболел и почувствовал, что пришел его смертный час. Коллеги, напуганные этим известием, поняли, что они несправедливо обошлись со старым мудрецом и повинны в его болезни. Вместе они решили разыскать его, чтобы попросить прощения. Так они оказались у ложа больного, который, бледный и слабый, лежал на своей постели, окруженный множеством подушек. «О, мастер слова и мастер пера», начал один из них, - мы пришли повиниться перед тобой. «Мы просим тебя простить нас и считать, что не было ничего того, что произошло». «Я вижу, вы пришли все», - отвечал ученый, «я охотно прощу вас, однако то, что случилось, я не могу считать неслучившимся». Ученые мужи удивленно переглянулись. Почему их наставник не хочет дать им возможность облегчить совесть? «О, учитель, - заговорил другой ученый, скажи, что мы можем сделать, чтобы ты простил нас. Мы готовы выполнить любое твоё желание». Больной с трудом вытащил одну из подушек у себя из-под головы и протянул ее стоящему ближе всех коллеге: «Возьмите эту мою подушку, поднимитесь с ней на башню городской крепости, распорите ее и вытрясите из нее все перья. Затем спуститесь и соберите перья, выполните эту работу очень тщательно, чтобы все перья были на месте». Один из коллег высказал то, о чем подумали все и что можно было прочесть на лице каждого: «О наставник, как же мы это сделаем? Вечерний ветер разнесет перья по углам и щелям, мы наверняка не сможем найти их все!»

«Вот видите, - сказал тогда умирающий, что случилось, того не сделаешь неслучившимся».

Аспекты самопомощи: развитие урологических заболеваний с точки зрения позитивной психотерапии

Давно уже известно, что психические процессы могут влиять на функции мочевыводящей системы. Под влиянием нервного напряжения, помимо прочего, изменяется тонус сосудов, вследствие чего ухудшается кровоснабжение почек, что, в конечном счете обуславливает изменение состава крови и мочи и тем самым оказывает воздействие на весь организм. Повышение тонуса означает также повышенную возбудимость сенсоров в стенке мочевого пузыря и вместе с этим сниженный порог возбуждения.

Люди с расстройствами функции почек и мочевого пузыря часто не придают серьезного значения физическим потребностям и праву на их удовлетворение. У них нет времени, чтобы сходить в туалет: прежде всего - работа. Сознательно ограничивается потребление жидкости, чтобы не было необходимости часто «исчезать» (достижение). Следствие: недостаточное промывание почек может оказывать влияние на их функционирование. Из опасения перед грязью в чужих туалетах (чистоплотность) моча длительно удерживается; кроме того, не хочется, чтобы посторонние заподозрили слабость мочевого пузыря (недостаточная открытость/честность) или нежелание помешать другим (вежливость). В профессиональной сфере такие люди обычно очень активны; они хотят чего-то

добиться, иметь успех. В сфере контактов, напротив, они очень сдержанны, в отличие от других людей, они очень скованны неуверенны. Их воображение часто направлено к грандиозным целям, в реализацию которых они сами не верят. Они сомневаются в смысле жизни. Преобладает лабильное, преимущественно тревожное настроение с опасениями неуспеха и склонностью к депрессиям. Обычно родители таких пациентов очень высоко ценили чистоплотность и достижения. Ребенок очень быстро научался свои физические потребности (например, оставаясь беспечным, «упускать») контролировать и подчинять их принципу достижения. Обычный процесс мочеиспускания усложнялся в связи с тем, что функция выделения принадлежит половым органам и, таким образом, вследствие строгого, враждебного телу и морали. В силу воспитания мочеиспускание бессознательно связывалось с чем-то запретным и переживалось противоречиво. О том, как тесно связаны эмоции, особенно страх, с опорожнением мочевого пузыря, свидетельствуют выражения подобного рода: «От страха наделать в штаны» или «описаться». Тот, у кого слабый мочевой пузырь, нередко считается слабым или незрелым человеком. Все это означает, что не следует связывать естественные отправления с чем-то омерзительным, что может происходить с человеком.

Буянов М. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков. Руководство для врачей и логопедов.

pedsoveti.mospsy.ru

Буянов М. Недержание мочи

Существует широко распространенное мнение, согласно которому литература по недержанию мочи очень велика, а проблема эта досконально изучена. Но это мнение совершенно необосновано. Решив проверить, как обстоят дела в реальности, мы обнаружили, что все на самом деле иначе: серьезных литературных источников единицы, а научных идей, которыми руководствовались авторы, еще меньше.

Проблема недержания мочи - одна из ключевых в педиатрических дисциплинах. Описанное еще на заре научной медицины (Тит Лукреций Кар, I век до н. э., Авиценна, XI век), недержание мочи стало предметом тщательных научных изысканий лишь с работ Жана-Луи Пти (1674-1750), стремившегося дифференцированно подойти к этому нарушению.

Следует обратить внимание на то, что до настоящего времени не вышло ни одной фундаментальной работы - кроме нашей монографии "Недержание мочи и кала" (1985), в которой недержание мочи рассматривалось с психопатологических позиций. Почти все исследования недержания мочи, которые цитируются в специальной литературе, принадлежат урологам, невропатологам, психологам, педиатрам, хирургам, рентгенологам, специалистам по ЭЭГ и т. д. (И. П. Брызгунов, П. К. Яцык, 1974; А. Я. Духанов, 1940; Г. А. Клячкин, 1921; А. А.

Колтыпин, П. А. Пономарева, 1942; А. Я. Креймер, 1969; З. П. Кузнецова с соавт., 1979; Б. И. Ласков, 1962; А. Г. Пугачев с соавт., 1974; С. В. Рацуте-Бутинавечене, 1966; В. А. Смирнов, 1957; А. Я. Штесс, 1936; И. М. Эпштейн, 1949; R. Q. Bar, M. D. Levine, 1977; R. Deb-re, M. Belong, 1957; B. Hallgren, 1957; J. P. Howard, 1983; M. E. Jenkins, 1981; W. Kemper, 1953; H. D. Unrein, 1978).

Монография Б. И. Ласкова и А. Я. Креймера "Энурез" (1975), подробно анализирующая все стороны истории изучения недержания мочи и кала, уверяет, что энурез это "заболевание монопатогенетическое, но полиэтиологическое", при котором не бывает никаких органических форм, что "среди больных ночным недержанием мочи много олиго-френов и особенно невропатов", что лечить эту болезнь должны только невропатологи, педиатры, а иногда и терапевты (детские психиатры в этой самой солидной из всех монографий о недержании мочи даже не упоминаются). Единичные же работы детских психиатров (Н. Е. Буторина, 1968; Б. Л. Шпрехер, 1973; Z. Valcova, 1971) или детских психотерапевтов (Ю. М. Лейдман, 1978) в общей форме лишь констатируют существование разных клинических форм недержания мочи и в связи с этим высказывают предположение о необходимости их дифференцированного лечения.

В России одним из основоположников изучения недержания мочи считается Александр Леонтьевич Эberman (1830-1902), уролог, автор нескольких работ о

недержании мочи. Имеется несколько библиографических источников по недержанию мочи. Упомянем работу В. Л. Ямпольского "Указатель отечественной и иностранной литературы о ночном недержании мочи" (Труды Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Л., 1959, т. 95, с. 219-244) и уникальную монографию Г. З. Ина-саридзе "Библиографический указатель отечественной урологии и смежных областей за 100 лет (1855-1955)". Пятый том, в котором речь идет о недержании мочи, вышел в Тбилиси в 1972 году.

Читая эти библиографические указатели, обнаруживаешь, что это только на первый взгляд литература о недержании мочи необозрима - на самом деле ее не так много: например, из 30000 публикаций, приводимых в пятитомнике Г. З. Инасаридзе, лишь 142 источника посвящены проблеме недержания мочи (большинство из них принадлежит невропатологам, психиатрам и педиатрам). Всего 142 источника! Можно, конечно, укорять Г. З. Инасаридзе, что не все работы включены в его книгу, но ведь все основные-то публикации в книге тбилисского уролога отражены, а если какие-то выпали, то они не делают погоды.

Таким образом, несмотря на многовековую историю изучения недержания мочи и кала, эта проблема фактически не освещена с психопатологических позиций, в ней много белых пятен, какой вопрос не затронешь, везде обнаруживаются неясности, противоречия, спорные места, ликвидировать которые, естественно, не под силу одной,

даже самой обстоятельной, публикации. Все виды недержания мочи (кроме неуточненных) обозначаются по МКБ-9 шифром 307.6. Неуточненные формы обозначаются шифром 788.3. Подробно свои взгляды мы изложили в монографии "Недержание мочи и кала" (М., Медицина, 1985). В настоящей же книге мы кратко повторим основные тезисы нашей монографии, добавив к ним те сведения, которые не были включены в нее.

Человек двояк: он одновременно и животное, и социальное существо. Все взросление человека это процесс неуклонной его социализации; в конце концов животное начало подавляется до такой степени, что человек полностью подчиняет себя требованиям общественного поведения, то есть становится культурным.

Культура это механизм подавления человеком своих инстинктов и всего иного, доставшегося ему от первобытных предков. Прага, императорский дворец, пир, в центре внимания знаменитый датский астроном Тихо Браге (1546-1601). Выпито много, мочевой пузырь переполнен, пойти же в туалет не позволяет ученый и учтивый разговор о звездах, о Боге, о красоте. Не выдержав давления, мочевой пузырь лопається, Тихо Браге тут же умирает. Вот это и есть культура, поведение астронома - это поведение человека, а не животного, хотя, конечно, разумнее было бы прервать на время шибко интересный разговор и сходить в туалет или, зная свою склонность к долгим беседам, не употреблять слишком много жидкости. Тихо Браге умер от

разрыва мочевого пузыря, но не допустил, чтобы моча произвольно полилась из него. Он оказался выше своей биологии даже ценой собственной жизни. У детей же социализация никогда не достигает такой степени, как у взрослых. Поэтому у них и встречаются часто те расстройства, которые обходят взрослых стороной. Недержание мочи может встречаться в рамках системных психоневрологических расстройств или быть сопутствующим признаком разнообразных психоневрологических нарушений (табл. № 4). Недержание мочи следует диагностировать лишь с 3-3,5 лет. Если к этому периоду навыки мочевыделения не сформировались, ребенка следует проконсультировать у специалиста. Недержание мочи и кала может быть патологическим и непатологическим. Если поблизости не оказалось туалета либо он, как это часто бывает в школе, был занят курящими старшеклассниками, изгоняющими "малышню", чтобы та им не мешала; если у ребенка не формируют навыки опрятности (как это часто бывает в детских домах), если недержание мочи и кала чрезвычайно редко и не сочетается с симптомами психоневрологической или иной патологии, речь должна идти о непатологических явлениях, требующих не помощи врача, а социально-бытовых воздействий (то, что сегодня еще не патологическое, завтра может стать патологическим, - это аксиома).

Патологические же формы недержания мочи лишь те, которые являются частью того или иного синдромологического образования. Недержание мочи и

кала вне определенного синдрома - абстракция и фикция. В дальнейшем речь будет идти только о патологических формах недержания мочи и кала. Мы выделяем 3 основных механизма патологических форм недержания мочи и кала: 1) врожденное отсутствие механизмов, способствующих появлению в будущем условного рефлекса на моче- и каловыделение; 2) медленное формирование условного рефлекса регуляции кало- и мочеиспускания; 3) утрата указанного рефлекса в результате действия различных неблагоприятных факторов. Если ребенок мочится в белье от рождения, речь идет о первичном недержании мочи. Если между появлением недержания мочи и временем формирования условного рефлекса на мочеиспускание был светлый промежуток, когда ребенок не мочился под себя, речь идет о вторичном недержании мочи (Б. И. Ласков, 1961). Первичное недержание мочи всегда дизонтогенетическое (В. В. Ковалев, 1974), т. е. обусловлено асинхронией, диспропорцией или ретардацией развития во внутриутробном периоде или в первые 1-3 года жизни. Дизонтогенез может быть вызван наследственными факторами (наследственное недержание мочи) или резидуально-органическими причинами (патология беременности, родов, первых 3-х лет жизни ребенка). В последнем случае мы говорим о первичном неврозоподобном недержании мочи, обусловленном ранней органической неполноценностью нервной системы. Нередки сочетания действия наследственного и резидуально-органического факторов в происхождении

указанной патологии. Вторичное недержание мочи еще более различно по происхождению и может быть вызвано в возрасте после 3-4 лет различными психогенными факторами (невротическое, патохарактерологическое недержание мочи, а также недержание мочи в рамках психогенных психозов), душевным заболеванием (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз и т. д.), текущими органическими и соматическими заболеваниями, разрушением навыка регуляции мочеиспускания в результате черепномозговых травм, нейроинфекций. Последний вид патологии получил наименование энцефалопатического. Нередко сосуществование дизонтогенетических и энцефалопатических расстройств; разграничение их не всегда возможно.

Таблица № 4

Первичное недержание мочи

1. Вследствие врожденного анатомо-физиологического дефекта уrogenитальной сферы.
2. Вследствие глубокого врожденного слабоумия с недоразвитием всех функций (праксиса).
3. Вследствие дисфункции созревания механизмов мочевыведения.
4. При рано начавшихся психических заболеваниях (шизофрения, эпилепсия, синдром Каннера и т. д.).

Вторичное недержание мочи

1. Психогенное недержание мочи вследствие неблагоприятных социально-психологических воздействий:

- а) невротическое;
- б) патохарактерологическое;
- в) смешанное;
- г) в рамках психогенного психоза.

2. Вследствие травматических повреждений урогенитальной сферы.

3. Энцефалопатическое недержание мочи - в результате нейроинфекций и черепно-мозговых травм. При соматических заболеваниях (цистит и др.).

5. Психотическое недержание - вследствие шизофрении и других психических заболеваний, начавшихся после формирования функции регуляции мочевыделения.

Таким образом, недержание мочи неоднородно: это симптом различных заболеваний. Лишь в тех случаях, когда недержание мочи происходит во сне и носит явно самостоятельный, относительно изолированный характер, мы будем употреблять традиционный термин "энурез". Во всех остальных случаях речь может идти лишь о симптоме недержания мочи.

Невроз мочеиспускания

К невротическим расстройствам мочеиспускания относятся не только дневное и ночное недержание мочи невротического происхождения, не только невротическая задержка мочеиспускания, но и некоторые другие невротические расстройства, выступающие самостоятельно, а чаще всего сочетающиеся друг с другом. Весь этот комплекс невротических нарушений мы именуем невротической дизурией. В одних случаях это расстройство

может рассматриваться как синдром (тогда лучше говорить о синдроме невротической дизурии) различных видов неврозов, в других - может быть относительно самостоятельным расстройством, изолированным от других невротических нарушений. В последних случаях мы предпочитаем говорить о неврозе мочевыделительной системы (синоним - невроз мочеиспускания) как об относительно самостоятельной форме системного невроза (по аналогии с логоневрозом). Составные части синдрома невротической дизурии и невроза мочевыделения разнообразны, в основном это невротическая задержка мочеиспускания, невротическое недержание мочи, невротическая полиурия, невротическая никтурия, невротическая поллакиурия.

Невротическая поллакиурия проявляется резким учащением мочеиспускания после психической травмы, волнений, при мысли о чем-то неприятном. Встречается чаще всего у лиц женского пола, повидимому, вследствие большей эмоциональности, впечатлительности и других свойств характера, типичных для женщин. Нередко невротическая поллакиурия закрепляется по типу условного рефлекса.

Невротическая никтурия - перемещение выделения основного количества мочи с дневного времени на ночное. В дневное время отмечается нормальное выделение мочи или олигоурия.

Больная 16 лет, обратилась за помощью в связи с тем, что у нее во время ночного сна иногда бывает недержание мочи,

но более всего ее мучало учащение мочеиспускания в ночное время: "Я просыпаюсь за ночь 7-8 раз (почти каждый час), чтобы помочиться; количество мочи всегда небольшое, а иногда, не успев встать с постели, обнаруживаю, что уже упустила мочу в белье. Я много раз обращалась к урологу, меня внимательно обследовали, но никакой патологии не находили. Уролог посоветовал проконсультироваться у психиатра".

Больная рассказала, что примерно полгода назад, когда у нее возник указанный комплекс нарушений, она познакомилась с 18-летним студентом, и они начали половую жизнь. Чтобы не забеременеть, будущая наша пациентка использовала различные приемы, но в основном следующий (слышанный ею от матери): после полового акта она упускала немного мочи, чтобы та попала во влагалище. Через 3-4 недели молодые люди поссорились и больше не встречались. У пациентки снизилось настроение, она с трудом засыпала, мучили сновидения об интимных отношениях со своим молодым человеком, стала раздражительной, нетерпеливой. Чем чаще в сновидениях она вступала в половые отношения с молодым человеком, тем чаще возникали позывы на мочеиспускание и появлялось недержание мочи, после которого она мгновенно просыпалась.

Постепенно пациентка заметила, что днем она стала мочиться несколько реже, чем прежде, зато ночью "не успевала бегать в туалет". Все это еще больше усиливало общевротические явления.

Больной были назначены транквилизаторы и проведено внушение седативного содержания, которое больная записала на магнитофон и прослушивала перед засыпанием. Спустя приблизительно месяц она сообщила, что все нарушения у нее исчезли. Одна из пациенток обратилась по поводу комплекса невротических расстройств, особенно усиливавшихся когда больная вынуждена покидать свой дом: нарушался сон, настроение и т. д. Помимо этого отмечалась задержка моче- и каловыделения, на которую она уже не обращала особого внимания, привыкла к ней, хотя в начале болезни она очень переживала это расстройство. С детства эту женщину воспитывали очень строго, ей внушалась крайняя брезгливость и чистоплотность. Она никогда не питалась в столовых. Приготовляя пищу, тщательно перемывала ее (мясо она, по ее выражению, стирала по полтора-два часа). Общественными туалетами пользоваться боялась. Поэтому никогда не ездила на большие расстояния на поездах и автобусах - только самолетами. На работе туалетом тоже не пользовалась: при необходимости брала такси и мчалась домой. Если, однако, все-таки приходилось ехать в поезде либо до домашнего туалета не могла добраться - общественным туалетом все равно ни под каким предлогом не пользовалась: даже по два-три дня. В первый день обычно было тяжело, но на второй день наступало облегчение. Как только приезжала домой - мочеиспускание и дефекация немедленно нормализовались без всяких последствий.

У другой нашей пациентки - тоже 40-летней женщины и тоже с тревожно-мнительным характером и крайней чистоплотностью - задержка реализации физиологических надобностей наступала, если нарушался многолетний стереотип, к которому она привыкла. Заключался он в том, что нужно было непременно включить радиоприемник, и если из него неслась музыка, моче- и каловыделение проходило без всяких трудностей. Подобный условный рефлекс был столь силен, что больная фактически не могла пользоваться туалетом вне дома, хотя порой и носила в сумочке портативный радиоприемник.

Нарушался стереотип моче- и каловыделения - становилась раздражительная, капризная, бросало то в жар, то в холод, немели конечности, подкатывался комок к горлу, срывалась на первом попавшемся человеке (в том числе и на сослуживцах). После опорожнения мочевого пузыря или прямой кишки все невротические расстройства проходили бесследно. И так до следующего раза. Невротическая полиурия - одно из наименее изученных невротических расстройств мочеиспускания. Встречается, по-видимому, очень редко.

Больная 28, дважды рожавшая, обратилась с жалобами на многократное выделение большого количества мочи: "Откуда у меня столько берется? Я выделяю по 8-9 литров мочи в день, и так продолжается уже 3 месяца". В процессе беседы с больной обнаружилось, что примерно 4 месяца назад у нее произошел тяжелый конфликт на работе, сильно ущемлявший ее человеческое и профессиональное

достоинство. Нарушился сон, снизились настроение, аппетит, стала слезливой и раздражительной. Если кашляла или поднимала тяжести, то отмечала, что по каплям выделяется моча, чего никогда прежде не бывало. Одновременно обнаружила, что мочеиспускание, хотя и не участилось и не стало болезненным, но стало очень обильным. В то же время жажды не было. Больная многократно консультировалась у урологов, которые, кроме недержания мочи при напряжении, ничего у нее не находили.

По поводу невротических расстройств больная обратилась к психиатру, который расценил увеличение количества выпускаемой мочи как невротическую полиурию. Психотерапевтическое воздействие в сочетании с седативными препаратами постепенно ликвидировало не только общевевротические симптомы, но и полиурию и недержание мочи при напряжении.

Патогенетические механизмы многих невротических нарушений мочеиспускания (особенно таких, как полиурия) фактически не изучены, хотя с точки зрения психопатологии и общебиологических закономерностей их можно отнести, главным образом, к истерическим.

Патохарактерологическое недержание мочи

Патохарактерологические реакции как вид болезненного реагирования на реально существующие микросоциально-психологические неприятности нередки в детском и подростковом возрасте. Среди патохарактерологических реакций, протекавших с недержанием мочи, выделяются

реакции активного и пассивного протеста. При других патохарактерологических реакциях недержание мочи (и часто сочетающееся с ним недержание кала) встречается редко.

Почти всегда недержание мочи и кала как патохарактерологическая реакция протеста отмечается в бодрствующем состоянии, носит осознанный характер и относится к категории сверхценных переживаний.

4-летнюю девочку, чрезмерно привязанную к матери, отдали в детский сад. Мать вышла замуж и не хотела, чтобы дочь "надоедала" новому мужу. Дочь очень не хотела идти в детский сад, не хотела отрываться от матери и своего дома, не хотела, чтобы уменьшилось то внимание, которое она привыкла получать. Когда ее вели в детский сад, девочка кричала, упиралась, упрашивала мать не отдавать ее. Все было напрасно - мать твердо решила, чтобы дочь поменьше бывала дома. Это вскоре поняла и девочка. Педагоги заметили, что она изменилась: снизилось настроение, стала замкнутой, задумчивой, молчаливой. Она не нарушала дисциплину и мало чем выделялась из сверстниц, но видно было, что девочка погружена в какие-то переживания. Через некоторое время в дневное время у девочки возникло недержание мочи и кала. Первый раз это обнаружилось после того как девочку привел в детский сад ее отчим. Потом эти явления стали учащаться. Мать проконсультировала дочь у невропатолога, уролога и проктолога, которые не обнаружили у девочки никакой патологии, затем

обратилась за психотерапевтической помощью. У девочки были диагностированы Патохарактерологические реакции протеста в виде недержания мочи и кала, а также длительная невротическая депрессия. Родителям было объяснено, что если они не вернут девочку домой, то у нее может развиться более стойкая деформация характера в виде патохарактерологического формирования личности с недержанием мочи и кала. Родители выполнили советы врача. Девочка получала транквилизаторы. Через несколько недель больная была здорова.

Касаясь проблемы патохарактерологических расстройств, связанных с воспитанием и иными социальными факторами, неизменно приходится затрагивать проблему отграничения болезненных реакций от неболезненных. Говоря о частом недержании мочи и кала патохарактерологического генеза, мы предполагаем, что все подобные реакции болезненны, ибо при них нарушается главнейшее свойство цивилизованного человека - держать в чистоте свое тело за счет регуляции функции физиологических отправления. Другое дело, что Патохарактерологические реакции могут быть редкими и частыми, более вытекающими из ситуации или сливающимися с невротическими и психопатическими механизмами.

От так называемых неболезненных форм недержания мочи и кала до болезненных один шаг.

Мальчику 9 лет. Совершенно здоров. Пошел в школьный туалет, а там старшеклассники курят. Выгнали мальчишку,

не дав опорожнить мочевого пузыря. К концу урока обмочился: не выдержали сфинктеры уретры.

На следующий день опять в туалет не пустили. Очень разозлился. Как только начался урок, обмочился. Да так, чтобы все это сразу же распознали. С вызовом заявил учительнице:

Не наведете порядок в туалете - стану мочиться в классе. Белье свое испачкаю, а вам назло сделаю. Учительница тоже встала в позу. - Ах, так! Ну и мочись. И стал мочиться на уроках. Привык к этому. Закрепилась реакция протеста, а ведь когда-то начиналось все это в общем безобидно.

Неврозоподобное непроизвольное мочеиспускание

Этот вид патологии проявляется главным образом во сне и поэтому подобные случаи могут быть расценены как энурез, но обязательно с добавлением соответствующего прилагательного. Если психогенные формы недержания мочи являются социально обусловленными и вызываются лишь психогенными факторами, то неврозоподобное недержание мочи порождается биологическими дефектами: определенной патологической наследственностью, патологией беременности, родов, постнатального периода. Неврозоподобное (врожденное или приобретенное) недержание мочи - понятие сборное, включающее множество разнородных явлений, объединенных отсутствием психогенного происхождения, прогрессивности, заметного переживания своего страдания и других критериев (см. табл. 1). Роль наследственности в происхождении различных случаев

недержания мочи различна. Когда речь идет о психогенных формах недержания мочи, то наследственно обусловленные особенности конституции больного (психической и физической) могут играть предрасполагающую роль. На подобный *locus minoris resistentiae* падает неблагоприятный психогенный фактор, и возникает комплекс психогенных расстройств, включающий недержание мочи. Что же касается неврозоподобного недержания мочи, то в одних случаях роль наследственности аналогична роли наследственности при психогенном недержании мочи (только тут провоцирующую, определяющую роль играет не психогенный фактор, а фактор ранней резидуально-органической неполноценности нервной системы или разрушение сформировавшейся функции регуляции мочевыведения благодаря нейроинфекциям или ушибам головы и сотрясения мозга в постнатальном периоде), в других случаях наследственная отягощенность столь выражена, что является единственной причиной появления недержания мочи. Возможны и смешанные формы. Мы выделяем первичный неврозоподобный энурез, который включает три формы (наследственно обусловленную, вызванную патологией беременности, родов и первых лет жизни, и смешанную), разграничение которых не всегда возможно, и вторичный неврозоподобный энурез, возникший в возрасте 3-4 лет и старше под влиянием мозговых инфекций и травм. Любое врожденное недержание мочи всегда в большей или меньшей степени дизонтогенетическое. Как уже отмечалось, в

происхождении первичного неврозоподобного энуреза главную роль играют наследственные и резидуально-органические факторы. Практически у всех подобных больных имеются родственники, у которых когда-то были нарушения контроля мочеиспускания: в одних случаях из поколения в поколение многие прародители и родственники до определенного возраста мочились во сне, в других случаях аномалии со стороны уrogenительной сферы были почти незаметны, но все же имелись; тщательный сбор анамнестических сведений обычно обнаруживает в таких семьях людей, у которых было недержание мочи на фоне опьянения, во время родовых потуг, сильного волнения, хотя в неэкстремальных ситуациях проявлений недержания мочи не было. Если наследственный фактор является фактически единственной причиной непроизвольного мочеиспускания, то можно говорить о наследственном энурезе. Чаще же наследственная предрасположенность реализуется действием органических факторов в период беременности, во время родов и в первые годы после рождения. Понятно, что в последнем случае клиническая картина будет смешанной: помимо недержания мочи (выступающего в наиболее изолированном виде при наследственной форме первичного неврозоподобного недержания мочи), будут определяться признаки гипердинамии, церебрастении и другие остаточные явления раннего резидуально-органического церебрального дефекта. Первичный неврозоподобный энурез чаще всего бесследно

проходит: у больных медленно формируются навыки регуляции мочеиспускания во сне, причем эта функция постепенно сравнивается с нормой. При вторичном же неврозоподобном энурезе указанная функция, в той или иной степени разрушается уже будучи сформированной, что обусловлено более или менее значительным поражением центральной нервной системы. Обычно это бывает вследствие перенесенных нейроинфекций, черепно-мозговых травм, при церебральном объемном процессе. Поскольку основное расстройство у этих лиц ярко выражено, то такой незначительный признак, как недержание мочи, от которого никто еще не умирал, естественно не привлекает к себе особого внимания. Что общего в клинической картине разных видов первичного неврозоподобного непроизвольного мочеиспускания наследственного или резидуально-органического происхождения?

Первое, что обращает на себя внимание, - это то, что, как уже отмечалось, больные не переживают из-за своих нарушений. Будь то неврозоподобное заикание, тик или недержание мочи, они относятся к ним безразлично. На словах больные, правда, хотят избавиться от этих нарушений, но это только на словах. Чем больше удастся заставить больного следить за собой, выполнять инструкции врача, чем больше будет фиксировано внимание больного на его заболевании (в сочетании, конечно, с другими методами воздействия), тем быстрее наступит избавление от неврозоподобных расстройств.

На первый взгляд любой психически здоровый человек должен страдать от любой формы недержания мочи, так как неопрятность несвойственна человеку, но только взрослому человеку и без психических аномалий. Когда же речь идет о детях, то у них навыки опрятности формируются постепенно, в результате воздействия социальной среды. К тому же у детей инфантильных, примитивных обнаруживается снижение эстетических представлений. На словах они рады бы избавиться от недержания мочи, они якобы страдают от него, а на деле же этого нет. Более того, страдание страданию рознь: мы говорим не о страдании вообще как об общечеловеческом понятии, а как о проявлении невротического переживания, т. е. о клинической категории. В тех случаях, когда на фоне первичного неврозоподобного энуреза возникали невротические наслоения, переживание собственной болезни стояло не на первом месте (каждый врач знает множество случаев, когда больной долгие годы оправлялся во сне под себя и как больной не переживал из-за этого, хотя как умственно полноценный, цивилизованный человек хотел бы избавиться от болезни). Главное, что мучило больных - это отношение к ним окружающих. Если те узнавали об их болезни, если над ними подтрунивали и иронизировали, то чрезмерные человеческие реакции потом переходили в невротические. Для лиц с неврозоподобным энурезом страшен не энурез (они его почти или вовсе не переживают), а то, что о нем узнают окружающие и будут смеяться. Именно поэтому

больные отказываются ехать в пионерский лагерь и находиться в других общественных местах, где неминуемо окружающие узнают об их болезни. Более того, оказавшись в больнице, пионерском лагере или в другом людном месте, они начинают строго выполнять режим, контролировать себя (то, чего они не делали дома), и недержание мочи у них, как правило, прекращается. Вернувшись домой, они вновь перестают следить за собой, при этом неврозоподобный энурез появляется вновь. Как часто возникают вторичные невротические наслоения на неврозоподобный энурез? Это неизвестно, ибо никто из исследователей так детально не дифференцирует эти нарушения. По нашим сведениям, в значительной степени носящим хаарактер общих впечатлений, невротические наслоения на первичное неврозоподобное недержание мочи встречаются у очень небольшого числа подростков и юношей, фактически у единиц, у остальных же невротических наслоений не бывает. С появлением невротических наслоений появляются как бы два заболевания, что затрудняет лечение больного. Что же касается данных ЭЭГ и результатов других параклинических исследований, то и при невротическом и при неврозоподобном энурезе, принципиальных различий нет, хотя у больных с неврозоподобным недержанием мочи выраженность резидуально-органической патологии всегда больше, чем у лиц с невротическим недержанием мочи, особенно если речь идет не о наследственном неврозоподобном произвольном мочеиспускании (оно

всегда первичное), а о вторичном или о первичном, но вызванном перинатальной или постанатальной патологией. Неврозоподобное недержание мочи характеризуется также монотонностью, однообразием проявлений, независимостью от тонких психических переживаний, прямой связью с соматическим неблагополучием, физической усталостью, метеорологическими и климатическими факторами (так называемые весенне-осенние учащения непроизвольного мочеиспускания, усиление недержания мочи при переохлаждении). Как бы ни были важны сведения об этиологии недержания мочи, самое главное для врача - это знание патогенеза. Без этого невозможна успешная терапия. Поэтому каждый врач обязан стремиться понять интимные механизмы заболевания, чтобы назначить адекватную терапию. Проблему патогенеза разных видов неврозоподобного недержания мочи можно сформулировать следующим образом: что передается по наследству, что недоразвивается, что повреждается в результате органического церебрального заболевания? Патогенетические варианты неврозоподобного недержания мочи

Я выделяю четыре патогенетических варианта первичного неврозоподобного недержания мочи: 1) вследствие профундосомнии; 2) вследствие дисфункции сфинктеров уретры; 3) вследствие дисфункции мочевого пузыря; 4) смешанные формы (в том числе и случаи невыработки или утраты праксиса). В вычленении этих вариантов играют

роль и клинический подход, и данные параклинических исследований. У большинства больных с первичным неврозоподобным недержанием мочи имеет место слишком глубокий сон. Других нарушений у них нет. Чересчур глубокий сон (профундосомния) вызывается наследственными факторами или органической церебральной патологией. В практике любого врача встречаются семьи, все члены которых спали очень глубоко и у большинства из них до определенного возраста были нарушения мочеиспускания. Каждый врач знаком с детьми, у которых профундосомния вызвана их повышенной утомляемостью за счет церебрастении или чрезмерной гиперактивности во второй половине дня. "Набегается, а потом спит как убитый; его и пушкой не поднимешь в туалет", - говорят о таких детях. Какие же клинические критерии могут убедить врача, что перед ним находится больной с профундосомнией? Таких критериев несколько: 1) ребенок обмочился и продолжает мокрый спать, лишь в крайнем случае переворачивается на другой бок; 2) непроизвольное мочеиспускание возникает не под утро, когда мочевого пузыря переполнен, а в первой половине ночи, очень часто в первые 2-3 часа сна; 3) эти больные обычно говорят, что им вообще не снятся сны или сновидения чрезвычайно редки; 4) выделенное количество мочи очень невелико. Такой вид непроизвольного недержания мочи бывает лишь во время продолжительного сна, в основном ночью. Недержание мочи во время дневного сна, имеющее подобный патогенез, встречается

относительно

редко.

Начиная с 1953 года, когда были опубликованы работы E. Aserinsky, N. Kleitman и др., выделяются две основные фазы сна: медленный сон (синонимы: медленноволновый, синхронизированный, ортодоксальный сон и др.) и быстрый сон (синонимы: парадоксальный, ромбэнцефалический, активированный, сон со сновидениями и т. д.). Каждый вид сна имеет несколько стадий. Были предприняты многочисленные попытки проанализировать ночное недержание мочи с точки зрения нарушения указанных фаз сна. Полученные результаты оказались весьма противоречивыми и клинически недостаточно убедительными. Полиграфическое изучение циркадных ритмов сна - бодрствования, несмотря на очевидные достижения, все еще недостаточно для познания интимных сторон проблемы сна и сновидений. Со временем развитие техники, безусловно, поможет расшифровать еще не исследованные механизмы сна, но пока эта проблема далека от разрешения и поэтому главным инструментом врача остается метод клинического анализа. Этот метод показывает, что чрезмерное углубление сна (видимо, совпадающее с углублением и удлинением фазы медленного сна) при некоторых формах неврозоподобного недержания мочи есть объективная реальность, которую не подвергает сомнению ни один серьезный исследователь. Но тут неизбежно встает вопрос: сон ли слишком глубокий или позыв на мочеиспускание слишком слаб и от этого больной своевременно не просыпается? Повидимому,

можно отметить следующие варианты: 1) сон слишком глубокий (нет сновидений и т. д.) и поэтому нормальный или тем более слабый позыв на мочеиспускание не доходит до корковых центров; 2) сон нормальный, но позыв слишком слаб. Вероятно, объяснить разную глубину сна в таких случаях можно (помимо причин конституционального свойства) и тем, что сон - явление быстро меняющееся, зависящее от множества разнообразных факторов: сегодня сон глубокий, а завтра неглубокий. Глубина сна меняется даже на протяжении ночи - она крайне индивидуальна и переменчива. Вторым патогенетическим вариантом первичного неврозоподобного недержания мочи является такой вид этой патологии, при которой нарушается тонус уретральных сфинктеров.

Клиническими критериями диагностики подобного нарушения являются: 1) обмочившись, такие больные сразу же просыпаются; 2) имеется четкая взаимосвязь между количеством выпитой жидкости и частотой недержания мочи: чем больше выпито, тем чаще наступает непроизвольное мочеиспускание; 3) недержание мочи бывает только ночью и только под утро, когда мочевого пузыря уже не в силах выдержать напор мочи; 4) во время мочеиспускания одноразово полностью опорожняется мочевой пузырь, поэтому количество мочи обычно велико. Третьим патогенетическим вариантом первичного неврозоподобного недержания мочи, менее четким и однородным, чем предыдущие, являются различные дисфункции мочевого пузыря без грубого анатомического

дефекта. Этот вариант чаще встречается у лиц женского пола: может быть, и потому, что у них уретра короче, чем у мужчин, и по ней легче попадает в мочевой пузырь инфекция.

Признаком дисфункции мочевого пузыря является то, что моча выделяется небольшими порциями, за ночь такие пациенты могут обмочиться даже 4-5 раз. Обмочившись, они, как правило, сразу же просыпаются. Иногда позыв на мочеиспускание оказывается неодолимым и требующим немедленного удовлетворения, поэтому, даже уже проснувшись, пациент выпускает порцию мочи в постель. Этот вид патологии часто бывает и вне связи со сном. Помимо гипотонии и атонии мочевого пузыря, могут быть и другие расстройства этого органа без грубого анатомического дефекта. Такие нарушения мы обобщенно и схематически называем дисфункцией мочевого пузыря. Многие типы этой дисфункции еще не изучены, но клинические проявления их описаны. Следует отметить, что в отношении состояния тонуса уретрального сфинктера и мочевого пузыря нет единства мнений даже среди урологов, изучавших наиболее грубые формы недержания мочи, при которых неминуемо должны быть обнаружены явные признаки патологии указанных мышц. Считается, что тонус может быть нормальным, пониженным или повышенным. Некоторые исследователи (В. М. Державин и др., 1981) приходят к выводу, что примерно у 70% детей с энурезом (всеми формами? - М. Б.) обнаруживается незаторможенный мочевой пузырь как следствие

детрузорно-сфинктерных диссинергий. Однако подобные диссинергии могут появляться и меняться даже на протяжении дня, не говоря о том, что они обязательно возникают и усиливаются во время инструментального обследования. По-видимому, пока следует говорить в более общей форме - не о гипотониях или гипертониях сфинктерно-детрузорной системы (скорее всего оба эти процесса могут сочетаться у одного и того же пациента), а о дистониях, нуждающихся в медикаментозном, физиотерапевтическом, лечебно-физкультурном и психотерапевтическом сбалансировании. Это подтверждает и лечебная практика. Эмпирический опыт, пока еще не опирающийся на безусловные морфологические или физиологические аксиомы, позволяет давать высокоэффективные рекомендации по нормализации тонуса уретрального сфинктера и детрузора мочевого пузыря.

Разработанные нами принципы систематики форм недержания мочи, изложенные в монографии "Недержание мочи и кала" (М., 1985), легли в основу исследования, проведенного на кафедре психиатрии 2-го Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова. Авторы изучили две группы подростков с патохарактерологическим развитием личности по тормозимому (24 человека) и возбудимому (9 пациентов) типам, страдавших ночным недержанием мочи. У первых 24 больных ночное недержание мочи было вызвано дисфункцией уретральных сфинктеров и (или) мочевого

пузыря, а у последних 9 пациентов - профундосомнией. Авторы подчеркивают, что роль неврозоподобного ночного недержания мочи в усилении у подростков с тормозимым типом личностной патологии выражена сильнее, чем у подростков с возбудимым типом. Это, между прочим, подтверждает преобладание в проведенных нами исследованиях лиц с чертами повышенной тормозимости.

Обследование больных с недержанием мочи

Многие урологи и педиатры рекомендуют всем пациентам с непроизвольным недержанием мочи проводить следующее обследование: 1) трехразовый общий анализ мочи; 2) анализ мочи по Зимницкому; 3) бактериологический анализ мочи; 4) исследование спонтанного ритма диуреза; 5) цистоскопию, микционную цистоуретрографию, выделительную урографию; 6) неврологическое обследование (включая электроэнцефалографию). Подобное обследование (особенно если в него включить и консультацию психиатра) было бы исчерпывающим, однако оно необходимо лишь в единичных случаях - только при подозрении на дисфункцию уrogenитальной системы. Обследование у специалистов должно быть целенаправленным, для получения абсолютно достоверной и незаменимой для диагностики и лечения информации. К сожалению, это бывает далеко не всегда. Приведем лишь один пример. В 1909 году Fuchs и Mattauschek опубликовали ряд работ, в которых излагали созданную ими теорию миелодис-плазии. Ее суть сводится к тому что недержание мочи и еще десяток самых разнообразных

заболеваний (радикулит, остеохондроз и т. д.) якобы обусловлены незаращением дужек нижних поясничных и крестцовых позвонков. Последнее якобы приводит к сдавлению спинного мозга, а это в свою очередь вызывает непроизвольное мочеиспускание и другие заболевания. С 20-х годов XX столетия, когда рентгенография все быстрее начала входить в арсенал медицинской службы, снимки костей крестцового и поясничного отделов позвоночника стали делать чуть ли не всем больным с недержанием мочи. Кто ищет, тот всегда находит - тоже случилось и тут: у подавляющего большинства лиц с недержанием мочи обнаруживали незаращение дужек позвонков (*spina bifida occulta*). Эту находку и считали едва ли не единственной причиной недержания мочи. Правда, наиболее осторожные специалисты еще 30-40 лет назад предупреждали: незаращение дужек позвонков встречается и у здоровых людей, и у больных самыми различными расстройствами, не имеющими ни к недержанию мочи и кала, ни к радикулитам, ни к половым нарушениям никакого отношения. Незаращение дужек позвонков говорит лишь об одном: у данного человека имеется замедленный процесс формирования костной системы. Это замедление всегда временно: оно сходит на нет у большинства людей к 10-15 годам (у некоторых позже). Это по существу одна из форм инфантилизма, показатель незрелости организма, в первую очередь его костной системы. Казалось бы, это простая и давно установленная истина, однако и по сей день тысячам детей производят

рентгеновский снимок поясничного отдела позвоночника, хотя в этом нет никакой нужды. Тратится множество километров рентгеновской пленки, отнимается время и у пациентов, и у рентгенологов, не говоря о бесчисленных ятрогениях, вызванных обнаружением незаращения дужек позвонков. Больной считает, что врач неспроста послал его на рентгеновское исследование, а на снимке нашли патологию, значит он болен. Начинаются ипохондрические переживания пациента и мучения его родных и близких, которые никоим образом невозможно учесть. И все из-за того, что врач не подумал о том, зачем он направляет человека на обследование, которое в подавляющем большинстве случаев заведомо не несет необходимой диагностической информации, а лишь вызывает психологический и материальный ущерб.

В каких случаях необходимо делать снимок костей поясничного отдела позвоночника? Только при стойком недержании мочи, длящемся годами и резистентном к патогенетической терапии; при выраженной неврологической патологии, заставляющей подозревать поражение спинальных механизмов регуляции моче- и каловыделения.

Что же касается рентгеноурологических исследований (экскреторная урография, цистоуретрография, цистоскопия и т. д.), то, по данным подавляющего большинства авторов, у многих детей и подростков выявляются текущие либо перенесенные в прошлом почечные заболевания или некоторые отклонения со стороны урологической сферы

(пиелонефрит, катаральный шейечный цистит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, трабекулярность стенки мочевого пузыря и т. д.). Однако до сих пор остается неясным, какую роль играют эти находки, обнаруживаемые, как правило, случайно, либо у больных с заведомо почечной и урологической патологией. При детальном урологическом обследовании лиц с энурезом очень часто обнаруживается, например, симптом Алексеева-Шрамма, свидетельствующий о паретическом состоянии сфинктера мочевого пузыря, однако как часто этот симптом встречается у лиц без недержания мочи (здоровых или больных урологической патологией) - неизвестно. Тем не менее, если это и случайное совпадение, то и тогда необходимо обследовать у уролога лиц с резистентным к терапии энурезом.

Частое дневное недержание мочи ненсихогенного характера и не обусловленное гипердинамическим синдромом или признаками душевного заболевания является показанием к обязательной консультации у уролога: у многих таких детей встречаются хронический цистит и другие урологические расстройства. Еще раз повторяем: главным показанием к обследованию ребенка с недержанием мочи у уролога должны быть данные клинической картины. Например, если у девочки (у мальчиков реже) по каплям выделяется моча, необходимо исключить внепузырную эктопию устья одного из мочеточников. Если резко увеличивается выделение мочи

ночью, а днем пациент мочится редко, следует исключить контрактуру шейки мочевого пузыря, и т. д.

Таким образом, несмотря на то, что урологическое обследование далеко не всегда дает ценную и безусловную информацию, игнорировать его нельзя. Именно лиц с грубой дисфункцией мочевого пузыря и следует направлять на консультацию к урологу, у которого они и должны в дальнейшем лечиться. Больные с первичным неврозоподобным недержанием мочи, обусловленным чрезмерным сном или дистопией уретральных сфинктеров, пациенты с вторичным неврозоподобным недержанием мочи, вызванным грубым органическим поражением центральной нервной системы, больные со всеми видами психогенного недержания мочи и психозами не нуждаются в лечении у уролога. Решить, кто нуждается, а кто нет, могут педиатр, невропатолог, и наконец, конечно, уролог. Врач общего профиля (терапевт, хирург, педиатр) является как бы диспетчером, распределяющим больных по различным специалистам. Если у больного психогенное или психотическое недержание мочи, его направляют к психиатру. Если недержание мочи вызвано дисфункцией мочевого пузыря, - к урологу. Если в основе первичного неврозоподобного недержания мочи лежит профундосомния и дистопия уретральных сфинктеров, то педиатр сам лечит таких больных или направляет их к невропатологу либо психиатру. Подобные рекомендации должны учитывать не только клинический вариант недержания мочи, но и личностный

фон, на котором развилась эта патология. Если в характере пациента явно доминируют тормозимые, возбудимые, инфантильные и другие личностные радикалы, его необходимо проконсультировать у психиатра, который даст рекомендации в отношении не только непроизвольного мочеиспускания, но и коррекции личностных особенностей, мешающих выполнению больным врачебных советов по ликвидации недержания мочи.

Hagglof B., Andren O., Bergstrom E., Marklund L., Wendelius M. Самооценка детей с ночным и дневным недержанием мочи до и после лечения. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 04/№ 4/2002.

<http://www.consilium-medicum.com/>

Hagglof B., Andren O., Bergstrom E., Marklund L., Wendelius M. Самооценка детей с ночным и дневным недержанием мочи до и после лечения

Введение

Ночное и дневное недержание мочи давно связывали с психологическими и социальными факторами. В центре внимания психологических исследований были две основные области: этиология недержания мочи и психосоциальное влияние различных форм этой дисфункции. В течение многих лет этиологию этих расстройств связывали с психологическими факторами. Таким образом, медицинский диагноз ночного энуреза находили в руководствах по диагностике психиатрических

расстройств. В качестве возможных этиологических факторов обсуждались теории психоаналитического конфликта, некоторые черты личности, бытовые стрессы, семейные конфликты, а также социальные проблемы. В настоящее время считают, что этиология энуреза связана главным образом с такими биологическими факторами, как характер сна и (или) ночные показатели вазопрессина. Генетические факторы также, по-видимому, ассоциируют с ночным недержанием мочи. Высказываются о перспективе генетического риска, опосредуемого через различные механизмы, которые, возможно, связаны с развитием симптомов у ребенка с повышенным риском данного расстройства. В этой мультифакторной модели психологические факторы могут выступать как провоцирующие, в связи с этим психологические исследования могут иметь информационное значение.

В центре внимания нескольких работ была вторичная психологическая перспектива, т.е. влияние психосоциальных факторов на больного с симптомами недержания мочи. Основными задачами этих исследований было изучение вопроса переносимости больным этих симптомов при том, что эти симптомы могли бы увеличивать степень риска психиатрических расстройств, а также влияние других неблагоприятных факторов у таких больных и их семей в тех случаях, когда психосоциальные проблемы могли быть связаны с отсутствием реакции на традиционное лечение. Подробно описаны повседневные проблемы, встречающиеся у детей и их родителей. В

некоторых исследованиях было показано, что у детей с энурезом психиатрические проблемы отмечаются чаще, чем у других детей, но их результаты трудно интерпретировать в связи с систематической ошибкой отбора изучаемых групп, обусловленной субъективным фактором. В последние годы было проведено несколько исследований по изучению уровня самооценки у больных с энурезом, которые показали, что самооценка среди детей с ночным и дневным недержанием мочи снижена. Самооценка у детей является важным психологическим параметром, который, как предполагают, связан с психическим здоровьем. Низкий уровень самооценки наблюдается при различных психиатрических расстройствах, таких как депрессия, нарушения питания и проблемы тождественности. Следовательно, если низкий уровень самооценки сохраняется у детей с недержанием мочи в течение нескольких лет, то в дальнейшем могут развиваться психологические и психиатрические нарушения. Поэтому при повышении уровня самооценки в результате успешного лечения детей младшего возраста с ночным и дневным недержанием мочи для профилактики в дальнейшем психиатрических нарушений целесообразно лечение в ранней стадии болезни.

Для исследования уровня самооценки у детей младшего возраста с ночным и дневным недержанием мочи планировали комплектовать обследуемую популяцию из популяции здоровых детей в возрасте 6–8 лет. Контрольную группу подбирали из здоровых школьников одного возраста

и пола. Влияние лечения на уровень самооценки определяли до лечения и через определенные периоды после него.

Целями данного исследования являлись: 1) изучение степени самооценки у детей с ночным и дневным недержанием мочи; 2) сравнение полученных результатов с результатами, полученными в контрольной группе; 3) динамическое наблюдение детей с энурезом до 6 мес после начала лечения и 4) анализ различий в уровне самооценки в зависимости от типа недержания мочи, пола, социального класса и возраста.

Материалы и методы исследования

Планирование исследования

Всех детей в возрасте 6–8 лет, живущих в г. Умеа (Швеция), пригласили участвовать в исследовании письмом, направленным их родителям. Обследуемых разделили на подгруппы в зависимости от возраста: 1) дети в возрасте 6–7 лет и 2) дети в возрасте 8 лет. Каждая возрастная группа состояла из 850 детей. Всех детей с ночным и дневным недержанием мочи попросили участвовать в исследовании. Согласно ответам родителей оказалось, что всего 90 детей страдали недержанием мочи, а из них 66 захотели быть включенными в исследование. Среди них было 42 мальчика и 24 девочки, причем 39 детей относились к младшей возрастной группе и 27 – к старшей. Контрольную группу составили 64 ребенка. Различия в принадлежности к социально-экономической группе между основной и контрольной группами отсутствовали.

В детской поликлинике все дети были обследованы педиатром, и перед началом лечения они выполнили различные психологические тесты.

Соматическое обследование

Все дети прошли объективное обследование, изучали подробную историю их болезни, диаграмму выделения мочи, лабораторные анализы мочи, а также диагноз типа недержания мочи.

После первичного обследования больные с ночным недержанием мочи получали лечение либо десмопрессином (минирином®, DDAVP®), либо средством для ослабления тревожного состояния при энурезе, тогда как больных с дневным недержанием мочи лечили по целевой обучающей программе.

Психологические тесты

Перед началом лечения детей оценивали с помощью шведской самооценочной анкеты "Я думаю, что я есть". Это разработанная шведскими исследователями анкета, на вопросы которой отвечали сами обследуемые. Она содержала 32 вопроса (на которые давали ответ "да" или "нет") и следующие подклассы самооценки: физическое и психическое развитие детей, отношения их с родителями и другими людьми, а также наличие у них навыков и умений. Подсчитывали общее количество баллов. Чем выше количество баллов получал ребенок, тем лучшей самооценкой он обладал. Анкета характеризовалась хорошей достоверностью и надежностью.

Через 3 и 6 мес после начала лечения в группе больных

повторно исследовали уровень самооценки, психическое здоровье и отношение к изучавшейся проблеме. На этой стадии исследования также использовали самооценочный тест "Я думаю, что я есть".

Результаты

В группе больных у 25 детей отмечено первичное ночное недержание мочи, у 13 – первичное дневное недержание мочи, а у 22 детей – сочетание этих двух видов данного состояния. У 6 детей наблюдали вторичные формы данного нарушения.

Самооценка

Перед началом лечения уровень самооценки у больных с недержанием мочи был достоверно ниже, чем у здоровых детей контрольной группы ($p < 0,001$). В частности, показатели психического здоровья, умений и навыков, взаимоотношений с родителями и другими людьми были достоверно ниже, чем в контрольной группе. Однако через 3 мес лечения значительное улучшение самооценки наблюдали у больных энурезом, а через 6 мес лечения количество баллов за самооценку в группе больных и контрольной группе было одинаковым, т.е. лечение в течение 6 мес привело к нормализации самооценки в группе больных с недержанием мочи.

Анализ исхода 6-месячного лечения в соответствии с результатами лечения выявил статистически достоверные различия в показателях самооценки между больными, у которых симптомы отсутствовали, и больными, имеющими постоянные проблемы недержания мочи. У больных,

которые оставались абсолютно сухими как днем, так и ночью (в течение по крайней мере 1 мес) на 6-м месяце динамического наблюдения, количество баллов за самооценку было выше средних показателей, тогда как у больных с постоянными проблемами мочеиспускания количество баллов по данному параметру было слегка ниже средних показателей. Самооценка была наихудшей у детей, продолжавших мочиться 5–7 дней в неделю.

При анализе показателей самооценки в соответствии с типом недержания мочи наивысшее количество баллов было у детей с вторичными формами (но все еще ниже нормы), тогда как у больных с первичным дневным недержанием отмечено наименьшее количество баллов.

Пол, принадлежность к социально-экономической группе и возраст также оказывали влияние на уровень самооценки, особенно в группе больных с недержанием мочи. У детей, принадлежащих к более низким социально-экономическим группам, было зафиксировано меньшее количество баллов за самооценку по сравнению с детьми из более высоких социальных групп, причем у мальчиков отмечен более низкий уровень самооценки, чем у девочек. Однако самооценка детьми с недержанием мочи значительно улучшилась через 6 мес независимо от пола, принадлежности к социально-экономической группе или возраста.

Обсуждение

В медицинской практике ночное и дневное недержание мочи у детей не считается основной проблемой, и

стратегия лечения детей с ночным недержанием мочи обычно выжидательна до тех пор, пока регулирование мочевого пузыря не достигнет своего полного развития. Однако родители, а также братья и сестры ребенка, страдающего недержанием мочи, не считают данную проблему обыденной, а анализ отношения к данному состоянию показывает, что это бремя, ложащееся на детей и родителей, может быть тяжелым, причем основными проблемами могут стать стыд и вина. Поскольку ночное и дневное недержание мочи является очень распространенным расстройством, встречающимся приблизительно в 10% случаев среди 7-летних детей, то можно говорить о культуральном и социальном значении данного состояния.

Результаты некоторых исследований свидетельствуют о возможности неблагоприятного влияния на уровень самооценки у детей с ночным и дневным недержанием мочи. Например, в одном исследовании у детей с ночным недержанием мочи отмечен более низкий уровень самооценки, чем у детей с хроническими детскими заболеваниями, такими как сахарный диабет. Настоящее исследование одним из первых продемонстрировало нарушение самооценки у детей младшего возраста с ночным и дневным недержанием мочи и ее рост после успешного лечения.

Также очевидно и то, что у мальчиков с недержанием мочи самооценка была снижена больше, чем у девочек с таким же расстройством. Стоит задуматься о причинах плохой

самооценки у мальчиков младшего возраста. Мальчики этого возраста имеют повышенный риск развития многих расстройств, возникающих в допубертальный период, и получены результаты в ходе некоторых исследований, свидетельствующие о том, что у мальчиков в этой возрастной группе больше сложностей, чем у девочек, при преодолении жизненных проблем, таких как раздельное проживание их родителей. Возможно, что девочки с нарушениями мочеиспускания получают больше поддержки со стороны своих родителей, чем мальчики, особенно если их матери перенесли мочеполовые расстройства, такие как цистит и недержание мочи при напряжении.

Нарушение самооценки у детей с ночным и дневным недержанием мочи можно было бы истолковать как основную проблему (например, отражение черт личности) или как проблему, вторичную по отношению к нарушению мочеиспускания. Результаты настоящего исследования подтверждают вторую гипотезу, т.е. наличие ночного и дневного недержания мочи у ребенка вызывает у него сниженную самооценку.

Согласно нашим результатам следует рекомендовать раннее лечение у детей младшего возраста (5–6 лет). Поскольку сниженная самооценка является фактором риска возникновения психических расстройств и социальной дезадаптации, то успешное лечение, например, десмопрессином (минирин) и (или) средством, снимающим тревожное состояние при энурезе, может в дальнейшем

предотвратить психологические проблемы. Для детей с дневным недержанием мочи предпочтительны обучающие методы лечения; однако медики рассчитывают также на внедрение в практику новых лекарственных средств, которые можно назначать всем детям с ночным и дневным недержанием мочи.

Фесенко Ю.А., Лохов М.И., Рубина Л.П. Энурез у детей – нарушение в системе сон – бодрствование. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 07/N 1/2005.<http://www.consilium-medicum.com/>

Фесенко Ю.А., Лохов М.И., Рубина Л.П. Энурез у детей - нарушение в системе сон - бодрствование

Термин “энурез” происходит от древнегреческих слов, означающих “мочиться ночью”, т.е. в самом понятии “энурез” заложен смысл “мочеиспускания во сне”. Современными отечественными и зарубежными исследователями под ночным энурезом понимается феномен непроизвольного мочеиспускания во время ночного и дневного сна. Из этого ясно, что анализ связи акта непроизвольного мочеиспускания с механизмами сна не только правомерен, но просто необходим. И хотя еще Авиценна связывал энурез с глубоким сном, указывая на то, что с нормализацией сна проходят и симптомы болезни, причину энуреза активно искали по разным направлениям. Ею считали и наличие органических изменений в органах мочеиспускания (анатомический субстрат), и неразвитость “сторожевого пункта” в коре мозга, и дисфункцию

супраспинальных структур (кора, задний гипоталамус, средний мозг, варолиев мост) [1-4, и др.].

Все эти теории не могли объяснить основного симптома – непроизвольного мочеиспускания именно во сне. Большинство современных специалистов [2-7], признавая в некоторых случаях грубоорганические изменения в мочевом пузыре, все-таки отказались от “урологического” подхода к болезни. Начиная с исследований А.Ц.Гольбина [8] акта мочеиспускания, было показано, что мочеиспускание во сне связано с формированием стадий сна. К году жизни ребенка наступает физиологическая задержка мочеиспускания во время сна по биологическим механизмам, а не вследствие образования навыка “опрятности”, прививаемого родителями. В настоящее время практически всеми специалистами в данной области принято, что измененный сон является ведущим и единственным симптомом, общим для большинства больных энурезом [9-13].

В результате многолетних клинических и полиграфических наблюдений за детьми, страдающими энурезом и получающими терапию сначала в отделении неврозов при 26-й детской поликлинике Санкт-Петербурга, а позже – в городском отделении по лечению неврозов Центра восстановительного лечения “Детская психиатрия” Санкт-Петербурга (около 2000 наблюдений), получен вывод, что энурез – это не моносимптомное заболевание, а сложный комплекс тесно связанных симптомов, составляющих целостный синдром. В него входят: 1) непроизвольное

мочеиспускание во сне; 2) нарушение процесса сна; 3) изменение двигательной активности днем; 4) нарушение эмоционально-волевого поведения; 5) неадекватное отношение к своему дефекту; 6) терапевтическая резистентность; 7) самопроизвольное излечение.

Своеобразие непроизвольного мочеиспускания состоит в том, что оно происходит в виде взрыва, пароксизма, сопровождаемого выраженными моторно-вегетативными проявлениями, что не встречается при мочеиспускании во время бодрствования. Нарушения сна проявляются в виде нарушения засыпания и пробуждения, нарушения самого процесса сна: глубокий (“мертвый”) сон, при насильственном пробуждении – нарушения ориентации ребенка с эпизодами психомоторного возбуждения, сноговорения, снохождения, ночными страхами. Изменены электроэнцефалографические стадии сна при проведении записи электроэнцефалограммы (ЭЭГ) во время всего ночного сна пациента: нарушена длина стадий, ритм их смены, очередность [8]. Симптомы нарушенного поведения и изменения эмоционально-волевой сферы в дневное время объясняют единство функционирования систем мозга, например лимбико-ретикулярного комплекса, участвующего в регуляции как процессов сна, так и эмоционального поведения днем [14, 15].

Основным положением патогенеза данного страдания является гипотеза компенсаторного механизма энуреза: до определенного времени акт непроизвольного мочеиспускания “нужен” организму для нормализации

функции сна, так как с его помощью происходит “переключение” стадий сна. При определенных условиях, когда “созревают” механизмы сна, энурез как компенсаторный механизм становится неактуальным и спонтанно исчезает.

Таким образом, ночное недержание мочи представляет собой специфический по проявлениям и компенсаторный по механизму синдром нарушения в онтогенезе биоритма сон-бодрствование, проявляющийся в многообразных феноменах поведенческих и вегетативных изменений ночью и днем, и относится к пароксизмальным феноменам патологического сна.

В настоящее время выделяется 6 основных форм энуреза, которые различаются по этиологии, клиническим проявлениям и терапевтическому подходу:

1. Простая: относительно редкие (2-3 раза в неделю), но постоянные случаи ночного энуреза. Зависимость частоты акта мочеиспускания во сне от количества выпитой жидкости и метеорологических факторов отсутствует. Течение болезни ровное, с раннего возраста. Сон чаще всего очень глубокий. Наследственная отягощенность в 2/3 случаев. Отсутствуют неврологические и урологические симптомы. Отмечается равнодушное отношение ребенка к дефекту.

2. Невротическая: единственная форма, при которой характерно особо аффективное отношение к своему дефекту – от активной заинтересованности в симптоме (при истероидном варианте) до болезненного переживания,

иногда доходящего до суицидных намерений (при астеноневротическом варианте). В этом случае энурез является одним (или основным) из симптомов среди массивных невротических проявлений. Яростно по проявлениям реактивный вариант невротического энуреза как реакция на острую или тяжелую психотравму. Невротическая форма чаще всего возникает в один из критических возрастных периодов: 3–5–7 лет. Частота эпизодов энуреза зависит от эмоционально значимых для ребенка ситуаций. Сон беспокойный, с ночными страхами. Днем эти дети имеют выраженную эмоциональную неустойчивость и ранимость.

3. Невропатическая: энурез развивается на фоне невропатии, так называемой врожденной детской нервноности, на фоне негрубых резидуально-органических изменений центральной и периферической нервной системы. Это часто болеющие дети с раннего возраста, для которых характерны различные простудные заболевания “цепочкой” (одно за другим). Отмечаются нарушения сна полиморфного характера, часто с инверсией системы сон-бодрствование. Наряду с ночным энурезом, возникшим после какого-либо соматического заболевания, появляется учащенное мочеиспускание днем с императивными позывами и недержанием мочи. Эти дети инфантильны, пугливы. Во время очередной простуды частота эпизодов энуреза резко возрастает (провоцирующая роль различных заболеваний).

4. Эндокринопатическая: сочетание ночного энуреза с

диэнцефальной патологией и эндокринопатиями (диабет, ожирение, пароксизмальные подъемы температуры и т.д.).

5. Эпилептическая: энурез при ночной форме эпилепсии.

6. Диспластическая: случаи ночного энуреза, возникшие на фоне органического поражения нервного аппарата мочевыделительной функции, в частности миелодисплазии (*spina bifida*), когда кроме ночного энуреза в клинической картине присутствуют дневное недержание мочи и недержание кала (энкопрез). Акт мочеиспускания совершается непроизвольно по мере наполнения мочевого пузыря, причем дети не чувствуют ни позыва, ни самого факта истечения мочи (и кала!).

За 15 лет работы с детьми, страдающими энурезом, мы пришли к выводу, что необходимо выделить еще одну форму заболевания – неврозоподобную (по аналогии с другими клиническими формами пограничных психических расстройств – тиками и заиканием) [7]. Основным критерием диагностики этой формы является обнаружение на ЭЭГ больных не только нарушений стадий сна, но и грубых изменений биоэлектрической активности головного мозга: ирритативных, очаговых, пароксизмальных, эпилептиформных. Возникает такая форма энуреза в один из критических возрастных периодов (3–5–7 лет), часто в сочетании с тиками, заиканием, фобиями. Характерно летнее время возникновения (во время отдыха!). Частота эпизодов зависит от количества выпитой жидкости. Течение заболевания напрямую связано с динамикой ЭЭГ-показателей. Отношение к дефекту либо равнодушное, либо

адекватное, без выраженной эмоциональной окраски. В большинстве случаев обнаруживается рассеянная неврологическая микросимптоматика, характерная для минимальной (МДМ) или легкой (ЛДМ) дисфункции мозга. Известно, что стадии сна появляются в строго определенной последовательности.

Первая, или дремотная, стадия сна характеризуется постепенным снижением амплитуды альфа-волн и появлением низкоамплитудных тета-волн с частотой 4–8 Гц. Затем на фоне непрерывно увеличивающегося количества тета-активности появляются странные двугорбые и высокоамплитудные (до 100 мкВ и выше) колебательные комплексы, получившие название К-комплексов. Частота этих колебаний от 12 до 16 периодов в 1 с. Регулярное появление К-комплексов характеризует 2-ю стадию сна, самую продолжительную по времени. Постепенно тета-колебания исчезают, уступая место более медленноволновой активности. Общая амплитуда колебаний растет. Частота падает до 3 колебаний в секунду и ниже. Когда число дельта-колебаний составляет более 20% всей активности, наступает 3-я стадия сна – медленноволновой сон. Доля дельта-ритмов в общей активности ЭЭГ продолжает увеличиваться, амплитуда колебаний растет до 100 мкВ и выше. Когда представленность дельта-колебаний составляет более 50%, наступает 4-я стадия сна, также медленноволновая.

Как видно, различие между 3 и 4-й стадиями сна чисто условное, принятое по международному соглашению для

удобства классификации ЭЭГ во время сна. Однако именно в 4-й стадии сон самый глубокий и человека очень трудно разбудить. В этой стадии наблюдается сноговорение, снохождение, снятся кошмары. Вслед за 4-й стадией медленноволнового сна на ЭЭГ наблюдаются разительные перемены. Амплитуда колебаний значительно и резко снижается, регулярность исчезает, появляются пилообразные разряды, быстрая низкоамплитудная активность, как во время бодрствования, перемежающаяся вспышками альфа-ритма во многих отведениях, частота которого понижена на 1-2 Гц по сравнению с состоянием спокойного бодрствования с закрытыми глазами. Резко падает тонус мышц. Мышцы расслабляются больше, чем в предыдущей стадии сна, но появляются быстрые движения глазных яблок под закрытыми веками. Все эти явления дали основание назвать 5-ю стадию сна фазой быстрого движения глаз – фазой БДГ, или парадоксальной стадией (ПС). Порог пробуждения в 5-й стадии колеблется от самого высокого, превышающего даже порог 4-й стадии, до низкого. При пробуждении на этой стадии более 90% людей рассказывают о сновидениях. После завершения 5-й стадии все перечисленные выше стадии сна повторяются снова в указанном порядке.

Описанные 5 стадий составляют цикл сна, продолжительностью для взрослого человека от 90 до 120 мин, т.е. от 1,5 до 2 ч. Таким образом, за ночь человек проходит 4-5 циклов сна.

Становление цикла сон-бодрствование является важнейшим этапом развития и созревания нервной системы ребенка. Как показывают наблюдения [16], сон новорожденных состоит из множества коротких периодов непосредственного сна и бодрствования, распределенных в случайном порядке. К 16-недельному возрасту происходит значительное удлинение непрерывных периодов сна и вдвое увеличивается соотношение между ночным и дневным сном (в пользу ночного сна). Важной составляющей сна является поведенческая активность, которая выражается в определенных позах и движениях, и также изменяется (созревает) с возрастом. Поза новорожденного характеризуется симметричным расположением тела на спине с незначительно отклоненной назад головой. Тонус мышц конечностей и тела увеличен. Преобладает тонус сгибателей. Руки скрещены и прижаты к щекам. Ноги согнуты, перекрещены и подтянуты к животу. На 9-й день жизни повышенный тонус мышц сменяется так называемым пластическим тонусом, что проявляется застыванием конечностей во время сна в приподнятом положении. Такая поза остается характерной для сна примерно до 6 мес.

С 6 мес происходит снижение тонуса мышц во сне, и ребенок принимает позу полного расслабления: спит на спине с раскинутыми руками и ногами. Такая поза сохраняется в норме до 1-1,5 лет. Затем наступает этап появления чередующихся во времени эпизодических неустойчивых поз, наиболее частой (в 43% наблюдений) из

которых является поза “на животе”. После 3 лет и эта поза исчезает. Формируется “любимая поза” сна, которая сохраняется практически всю жизнь, до старческого возраста [8].

Повторим, что термин “энурез” в переводе с греческого означает “мочиться ночью”. В отличие от точки зрения и терапевтических подходов к лечению энуреза со стороны психологов (“недержание мочи может быть здоровым стремлением к самовыражению ребенка”), существует психофизиологический подход.

По данным А.Ц.Гольбина [8], до 2,5 мес жизни ребенка мочеиспускание во сне возникает перед пробуждением и способствует ему. В возрасте 6 мес мочеиспускание во время дневного сна исчезает у 87% здоровых детей. В возрасте 1,5 года более 70% детей спят сухими всю ночь или обмачиваются во сне эпизодически (не более 1 раза в неделю). “Практически можно сказать, что здоровый ребенок, начиная ходить самостоятельно, должен перестать мочиться во сне ...У большинства детей к году наступает физиологическая задержка мочеиспускания во сне по биологическим механизмам, а не вследствие образования навыка, т.е. процессы возникновения непроизвольного мочеиспускания во сне и недержания мочи днем идут по разным и независимым механизмам” [8]. Полиграфические записи подтверждают высказанную точку зрения. Так, процесс мочеиспускания во сне значительно отличается от мочеиспускания в дневное время по ряду параметров. Ночью мочеиспускание сопровождается большим

количеством мочи, задержкой дыхания, мелкими клоническими подергиваниями конечностей и другими моторно-вегетативными проявлениями, носящими пароксизмальный характер и не встречающимися днем. В ЭЭГ перед мочеиспусканием появлялись вспышки генерализованной дельта- или тета-активности. При этом у детей в явном виде проявляется общее нарушение сна: удлинение периода засыпания, чрезмерно глубокий сон (обмочившись, больной продолжает спать), чередование энуреза с ночными страхами, сногворением и снохождением, а также неадекватные реакции при пробуждении. Ночная запись ЭЭГ показывает, что у 65% больных после акта мочеиспускания наблюдается переход в другую стадию сна (2-ю или ПС), т.е. энурез появляется на границе стадий сна.

У больных энурезом отмечается нарушение характера двигательной активности в дневное время: вялость утром с приступами сонливости в дневное время, гиперактивность в послеобеденные и вечерние часы. У них, как правило, нарушена тонкая координация движений, наблюдаются обилие лишних движений (суетливость), повышенная жажда и изменение аппетита.

При лечении энуреза мы опираемся на воздействия, помогающие активизировать резервы мозга и его механизмы саморегуляции, т.е. активно используем психофармакологические препараты, в частности те из них, которые избирательно подавляют активность патологических генераторов. В большинстве случаев

обнаруженная пароксизмальная активность в ЭЭГ у больных пограничными расстройствами имеет стволное происхождение, о чем свидетельствуют характерные паттерны спектрального анализа.

В качестве основных препаратов, используемых для подавления пароксизмальной активности, нами применяются так называемые атипичные бензодиазепины – клоназепам (антелепсин) и альпрозалам (ксанакс, кассадан). В настоящее время выделено по крайней мере два типа бензодиазепиновых рецепторов, медиатором в которых служит ГАМК: БДР-1, ответственные за противотревожное и противосудорожное действие, и БДР-2, ответственные за седативное действие и миорелаксирующие эффекты. Значительная эффективность указанных препаратов обусловлена их в 3-4 раза большим (чем у типичных бензодиазепинов) сродством к БДР-1 [17].

Так как прямой зависимости между клиническим действием и дозой упомянутых препаратов не установлено [17], нами производится индивидуальный подбор дозировок по показателям ЭЭГ и самочувствию больного, что для детей требует довольно большой практики. Мы не используем суточных дозировок клоназепама более 1-1,5 мг, распределенных на 3 приема. Также большое внимание уделяется плавному увеличению дозы препарата (в течение 1-2 нед) и плавному его снижению по окончании срока применения. Общая продолжительность курса не менее 2-4 мес с обязательным (по показаниям ЭЭГ) повтором в течение года. Подход к

выбору дозировок остальных препаратов сходен с описанным для клоназепама.

Для активизации резервов мозга нами используются как классические ноотропы (пирацетам), так и вещества с ноотропным действием (пантогам, пикамилон, кавинтон, глиатилин, глицин). Основным критерий истинных ноотропных средств – избирательная активация энергетического обмена в нервных клетках. Поэтому у них практически не бывает вредных побочных воздействий на организм. Классический ноотроп пирацетам (ноотропил) для детей нами применяется редко, так как в некоторых случаях выявляется его влияние на усиление пароксизмальной активности в разных зонах коры головного мозга и стволовых структурах. Это не удивительно, так как тотальное повышение энергетического обмена в клетках головного мозга захватывает также клетки патологических генераторов, возможно, даже в большей степени, чем других клеточных структур. Поэтому мы применяем пантогам, который является кальциевой солью Д-гомопантеиновой кислоты и по своим свойствам имеет сходство с ГАМК и пантотеновой кислотой. Этот препарат не оказывает заметного влияния на ЭЭГ, но имеет выраженное противосудорожное действие на моделях коразоловых и электрошоковых судорог. Кроме того, пантогам снижает спонтанную двигательную активность, повышает устойчивость к гипоксии, снижает агрессивность и вызывает пролонгирование действия барбитуратов [18], не теряя при этом таких важных свойств,

как улучшение памяти, повышение работоспособности, увеличение концентрации внимания. Имеются данные, что пантогам увеличивает количество межнейронных соединений за счет включения дополнительных связей в обход нарушенных [19].

В клинической практике пантогам применяется при детских церебральных параличах как стимулятор психического развития ребенка для устранения последствий энцефалита, при эпилепсии, оказывает положительное влияние на невротические и неврозоподобные расстройства у детей и взрослых [18, 20]. Глиатилин, глицин и пикамилон используются шире, чем ноотропил, особенно в промежутки времени, когда в приеме пантогама имеется перерыв.

Несмотря на успехи фармакотерапии в лечении пограничных расстройств и понимании их природы, нам кажется, что будущее психофармакологии за нейропептидами направленного полушарного и структурного действия. Применение одного из таких нейропептидов – аргинин-вазопрессина, у больных с поражениями коры левого полушария головного мозга (в результате инсульта или других травм), приводило к более быстрой реабилитации и восстановлению утраченных функций, в том числе и речи [21]. Поиски в этом направлении продолжаются, и можно ожидать, что недалек тот день, когда удастся обнаружить целый ряд пептидов, специфических для локальных структур мозга левого и правого полушарий. Направленное воздействие таких

веществ поможет значительно быстрее компенсировать дефицит функций мозга, в том числе и относящихся к патологическим феноменам сна, а также при других пограничных психических расстройствах.

Используемые фармакологические виды воздействий являются, по сути говоря, подготовительными. Включая резервы мозга и подавляя пароксизмальную активность, они подготавливают необходимый фон для наиболее эффективного использования механизмов системного лечения.

О применении психотерапии и рефлексотерапии в лечении энуреза и других нарушений сна подробно сказано в монографии Ю.А.Фесенко и М.И.Лохова “Энурез у детей: традиционные и нетрадиционные методы терапии” (2003 г.).

Литература:

1. Духанов А.Я. Ночное недержание мочи у детей. Л., 1940; с. 44-50.
2. Ласков Б.И., Креймер А.Я. Энурез. М., 1975; с. 67-70.
3. Muellner S. Development of urinary control in children. JAMA 1960; 172: 1256-61.
4. Williams K. EEG of Human Sleep. N.Y., London, 1974.
5. Савченко Н.Е. Расстройства мочеиспускания. Минск, 1994: С. 55-9.
6. Лохов М.И, Фесенко Ю.А. Заикание и логоневроз как модель нарушений при пограничных психических расстройствах. СПб.: SOTIS, 2000.

7. Фесенко Ю.А., Лохов М.И. Энурез у детей: традиционные и нетрадиционные методы терапии. СПб: "ЭЛБИ-СПб", 2003.
8. Гольбин А.Ц. Патологический сон у детей. Л., 1979.
9. Gastaut H. Conclusions concerning the mechanisms of enuresis nocturna. *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1982; 12:
10. Passouant P. Episodic Phenomena during REM sleep. In: *Sleep* 1984. Roma, 1984; p. 72-5.
11. Шеповальников А.Н. Пространственно-фазовая структура биопотенциалов мозга и функциональное состояние человека. *Успехи физиол. наук.* 1987; 18: 363-70.
12. Фесенко Ю.А. Психофизиологический анализ функционального состояния мозга при заикании и некоторых пограничных расстройств у детей 5-8 лет. Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1995.
13. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Рубин М.Ю. Плохой хороший ребенок. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003.
14. Латаш Л.П. Гипоталамус, приспособительная активность и электроэнцефалограмма. М., 1968; с. 78-85.
15. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека: 2-е изд. Л.: Наука, 1988.
16. Parmelee AH, Wenner WH, Shulz HR. Infant sleep patterns from birth to 16 weeks of age. *J Pediatr* 1964; 65: 576-82.
17. Вейн А.М., Мосолов С.Н. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике. СПб.: Мед. информ. агенство, 1994.
18. Ковалев Г.В. Ноотропные средства. Волгоград: Нижне-волжское изд-во, 1990.

19. Ковлер М.А., Авакумов В.М. Пантогам – новое психофармакологическое средство. Хим. фармацевт. журн. 1980; 9: 118–22.
20. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988.
21. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Харьков: Торсинг, 1997; 1.

6. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: Медицина, 1996. - С. 348-356.

**Пезешкиан Н. Ревматоидный артрит и ревматизм
Способность двигательного перерабатывать
напряжение и конфликты своим телом и
ощущениями**

Определение

К ревматическим болезням относят заболевания мышц, сухожилий, связок и суставов, протекающие с болями и ограничением движений. В целом можно выделить ревматические заболевания с поражением суставов, среди которых могут быть воспалительные и дегенеративные формы, а также несуставные формы ревматических заболеваний, прежде всего с поражением других видов соединительной ткани, а также функциональный ревматизм.

Ревматоидный артрит это хроническое системное заболевание, которое клинически манифестирует поражением скелета, прежде всего суставов, при этом изменения в них неспецифические.

Симптоматика

Ревматический артрит обычно начинается с появления утренней скованности («stiffnes in the morning») и

болезненности при движении в определенных суставах и мышцах. Как правило, суставы поражаются симметрично, причем отечность и боль появляются обычно в первую очередь в области мелких суставов кистей, на коленях и суставах ног. Позднее развивается атрофия мышц вследствие их недостаточной активности, а также появляются контрактуры. Следует заметить, что пациенты обычно не придают большого значения своим жалобам и продолжают выполнять свою работу, проявляя активность, несмотря на нарастающие ограничения подвижности в суставах.

Формы ревматизма определяются различными специальными названиями: миалгии, остеохондроз, прострел. В отличие от органических мышечно-ревматических заболеваний они обусловлены переменной локализацией и изменчивой симптоматикой. Поясничная область и воротниковая зона являются местами, наиболее часто дающими симптоматику.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Частота ревматического артрита среди населения колеблется в пределах 0,3 - 3 % по данным различных исследований в различных странах. Распространенность его растет с возрастом; особенно часто заболевают лица зрелую и пожилого возраста и однозначно при всех исследованиях среди больных преобладают женщины (рис.30).

Ревматоидный артрит, по-видимому, встречается во всех странах независимо от расовой принадлежности,

однако у японцев и эскимосов - несколько реже, среди населения негроидной расы США - несколько чаще, чем обычно.

Болезнь чаще поражает горожан, чем сельчан. Люди, которым пришлось повысить или понизить свой социальный статус, чаще страдают ревматоидным артритом. В целом болезнь несколько чаще поражает лиц с низким достатком и невысоким образовательным уровнем

Обзор литературы

Под влиянием аффектов происходят как направленные движения, так и изменения тонуса мышцы. Последний контролируется экстрапирамидной системой, которая чувствительна к психическим воздействиям. Дискуссия о психосоциальных связях и последствиях хронического артрита привела к развитию методов изучения состояния здоровья, нагрузок («impact») больных артритом и результатов терапии и течения болезни (Mason и соавт., 1983; Fries, 1983). По мнению Feinstein (1983), субъективные данные пациентов можно проверить объективно. Eraker и соавт. (1984) изучали предсознательные аспекты представлений о болезни и лечении, которые имеют большое значение ДЛЯ поведения больных. Поданным Mathies (1989), длительная симптоматическая диагностика укрепляет в пациенте умеренность в том, что он тяжело болен. Weintraub (1977) подчеркивает значимость возникающих при ревматизме болей. По данным Schuessler (1989), в отдельных случаях видна ясная взаимосвязь между историей жизни,

психосоциальными конфликтами и началом заболевания и его течением, хотя нет окончательных эмпирических результатов. По мнению Hadden (1989), переход к иммуносупрессивным формам лечения, к которым сегодня прибегают врачи-ревматологи, - это очень опасный путь и прокладывать его следует чрезвычайно осторожно. Иммуносупрессия может оказаться подобной бумерангу.

Пословицы и народная мудрость

Упрямство; твердолобый; держать осанку; не в состоянии разогнуться; нетвердо стоять на земле; не стоять на ногах; преклонить колени; не встать на ноги; не рассчитывать на свои ноги; взять себя в руки; обездвиженность.

Притча: «Сон и его смысл»

Однажды восточному владыке приснился ужасный сон. Во сне он увидел, как один за другим у него выпали все зубы. Обеспокоенный, он приказал позвать толкователя сновидений. Тот выслушал внимательно сон и сказал владыке: «Я должен сообщить тебе печальную весть. Ты потеряешь всех своих родственников, одного за другим, так же, как потерял свои зубы». Это объяснение разгневало владыку, и он приказал заключить толкователя в тюрьму. Затем он велел привести другого толкователя снов. Тот выслушал сон и сказал: «Я счастлив сообщить тебе радостное известие: ты доживешь до глубокой старости и переживешь всех своих подданных». Владыко очень обрадовался такому объяснению и щедро наградил толкователя. Придворные царя очень удивились и

спросили: «Ты ведь сказал то же самое, что и твой предшественник. Но почему он попал в тюрьму, а ты получил награду?» Тогда толкователь снов ответил: «Мы оба истолковали этот сон одинаково. Но в жизни важно не только, что говорить, но и как это сказать» (Peseschkian, 1983, S.9).

Аспекты самопомощи: развитие ревматоидного артрита с точки зрения позитивной психотерапии

Экспериментальные исследования показали, что эмоциональные факторы влияют на моторику. В конфликтцентрированных интервью, на психоаналитических сеансах или в тестах на достижение больные подвергались психическим воздействиям, которые выявляли агрессивные тенденции. У больных ревматоидным артритом в области пораженных суставов был обнаружен более высокий тонус мышц, чем в здоровых зонах. Это мышечное напряжение обычно превышало по стойкости само действие эмоционально травмирующего раздражителя. Прежде всего, речь идет о таких психических травмах, как кризисы в межличностных отношениях, смерть и утрата (разлука, развод, переезд) близких людей, проблемы в браке и т.д.

Актуальная конфликтная ситуация, по нашим наблюдениям, при ревматических расстройствах связана с конфликтами и травмирующими ситуациями в различных жизненных сферах.

Тело: в базовом конфликте часто встречаются запреты, которые можно связать с моторикой: «Остановись сейчас

же!», «Стой спокойно!», «Возьми себя в руки», «Замолчи», «Что скажут люди?», о чем пишут Brautigam и Christian (1973). Это может указывать на выбор органа-мишени при психосоматическом ревматическом заболевании.

Профессия/деятельность: развитие ревматического заболевания тесно связано с профессиональными неуверенностью, конкуренцией, перенапряжением, увольнением, давлением со стороны начальника, производственным заданием.

Контакты: здесь важны, прежде всего, воспитательные аспекты. По времени с возникновением симптоматики коррелируют школьные неудачи ребенка, трудности воспитания, болезнь одного из детей или его отделение от семьи (например, в связи с Женитьбой). Постоянные конфликты между супругами, потеря или болезнь одного из близких людей, развод, разрыв отношений с последующим чувством вины, слабость в принятии решения, а также сексуальные неудачи, отношения с окружающими, переезд и смена работы, конфликты с соседями и коллегами по работе играют центральную роль при развитии заболевания.

Фантазии /будущее: на все названные сферы внешних конфликтных ситуаций собственные перспективы на будущее оказывали особое влияние. Все наблюдавшиеся нами больные ревматизмом мало рассчитывали на собственные способности, однако проявляли огромное доверие к своим близким, врачам. В самооценке преобладали сомнение и неуверенность.

На своих наблюдениях при помощи дифференциально-аналитического опросника (DAJ; Peseschkian, 1977a, S.70) и еще одного опросника, который опробировался на 48 немецких и 18 иранских пациентах, мы установили у больных с ревматическими жалобами (плечевой синдром, прострел и миалгии) типичные констелляции базового конфликта. В детстве преобладало воспитание двойной зависимости: эмоциональная гиперопека сочеталась с требованиями достижений, которые становились критериями эмоциональной привязанности. Особенности семейного характера являлись неуверенность в стиле воспитания, ошибки одного из родителей, отсутствие единства в воспитательном процессе вследствие вмешательства бабушек и дедушек и т.д. Содержательно базовый конфликт опирался на следующие психосоциальные нормы:

Учтивость-прямота: учтивость понимается здесь как подавление агрессии и подчинение своих желаний желаниям других. Она становится социальным инструментом, позволяющим обретать внимание и признание со стороны окружающих и «привлекать к себе дружеские взгляды». В семейной ситуации обнаруживается учтивость прежде всего перед родителями, которых можно охарактеризовать как эмоционально зависимых: «Что подумают люди?».

Послушание: во всех наблюдавшихся случаях можно было обнаружить подчеркнутое значение послушания. Оно, однако, не означало абсолютного подчинения, а скорее

касалось соблюдения таких психосоциальных норм, как аккуратность, бережливость, трудолюбие, сексуальность, деятельность и связи с соперничеством с братьями и сестрами справедливость. Средством достижения послушания, по рассказам пациентов, были не шлепки и удары, а в большей степени меньшее проявление любви или угроза этого и наказания, что имело следствием ограничение активности и инициативности.

Ревматические жалобы вследствие конфликтов на работе, проблем в воспитании или в связи с постоянными супружескими проблемами, как утверждают практики, чрезвычайно редки. В повседневной жизни эти условия обозначают как «психосоциальная стрессовая ситуация». Наша гипотеза гласит: наряду с неспецифическими стрессорами существуют специфические травмирующие наслоения раздражителей. Последние зависят от укоренившихся в процессе индивидуального развития психосоциальных норм в форме установок, ожидания и стилей ионе дения и тесно связаны с эмоциональными переживаниями. Подобные специфические стрессоры следует рассматривать как существенные причины в развитии ревматических заболеваний. Практические дополнения к аспектам самопомощи в конце этой главы.

Терапевтический аспект: пятиступенчатый процесс позитивной психотерапии при ревматоидном артрите и ревматизме

Ступень 1: наблюдение/дистанцирование

Описание случая: «Ругань — это испражнения души»

Пациентка 48 лет, замужем, имеет одну дочь (20 лет). По совету своего семейного врача обратилась за психотерапевтической помощью по поводу депрессии и ревматических жалоб. Она выглядела встревоженной, говорила только тихо и кратко. Вследствие ревматических расстройств больная была значительно ограничена в движениях. Симптоматически беспокоили боли в области шеи, в коленных суставах, болезненные отеки в плечевых суставах и мелких суставах кистей. Был диагностирован хронический полиартрит, который был подтвержден анализами крови и обнаружением ревматоидного фактора. Другие жалобы, депрессия вообще были оставлены без внимания, по словам больного, хотя это состояние проявилось на три месяца раньше ревматических жалоб. Ревматическое заболевание было в этом смысле больше, чем только неприятным физическим нарушением: в большей степени это было проявлением способности своей моторикой перерабатывать конфликты и напряжение и таким образом экономить свою энергию. Следовало проанализировать и перестроить различие между учивостью (как подавлением возникших агрессивных импульсов) и искренностью/честностью (как адекватным выражением чувств). Главным вопросом было: какие сферы способствовали возникшему напряжению (например, аккуратность, чистоплотность, верность, размолвки с партнером, отделение детей и т.д.)?

Позитивная интерпретация, что она обладает способностью перерабатывать напряжение и конфликты

своим телом, облегчила больной иной взгляд на ее микротравмы. Это открыло для нее альтернативный подход и вместе с тем возможность увидеть свое заболевание в контексте тесных взаимосвязей. Она была теперь в состоянии реагировать на свои расстройства с большим пониманием.

Ступень 2: инвентаризация

На этой ступени мы обсуждаем преимущественно события последних пяти лет. Помимо прочего, выяснилось следующее:

За несколько месяцев до возникновения депрессивной симптоматики пациентка переселилась в другой город. Это обусловило длительную социальную изоляцию, которую она не могла преодолеть своими силами.

Это усиливалось тем, что муж пациентки по-прежнему работал на старом месте жительства и приезжал домой только на выходные.

Хронический конфликт, от которого больная страдала многие годы, был связан с учтивостью. В то время как она очень следила за своими манерами и старалась не выхолить за рамки приличия, ее муж избрал как метод самопомощи перевоплощение в «нечестивца». Пациентка рассказывала: «Всегда, как он начинал ругаться, я вся сжималась в комок. У меня мурашки по спине бегали». Другими конфликтными сферами были психосоциальные нормы аккуратности и чистоплотности, которые пациентка очень ценила. Несоблюдение этих норм повергало ее в постоянное эмоциональное напряжение. Этому способствовало

ригидное поведение мужа, который обратил впервые внимание на жену только, когда у нее появилась ревматическая симптоматика. За свою грубость он извинился следующим образом «Ругань - это испражнения души». В процессе лечения больная уже после того, как преодолела свою непримиримость к подобным высказываниям, сказала: «Всякий раз, когда мой муж говорил нечто похожее, я чувствовала себя сраженной».

Ступень 3: ситуативное ободрение

Лечение проводилось как конфликтцентрированная психотерапия, применялась прогрессивная релаксация по Jacobson (1938). Конфликтные психосоциальные нормы аккуратность и чистоплотность анализировались в релаксации при помощи притч и народной мудрости. Помимо этого, назначались легкие антидепрессанты.

Ступень 4: вербализация

На этом этапе к терапии был привлечен муж пациентки. Руководствуясь притчей «Сон и его смысл», он старался высказывать свое мнение, не травмируя жену, в то время как она старалась отказаться от своего упрямого стремления к идеалу порядочности (подавляемая агрессия и учтивость).

Подробно рассматривалась актуальная способность вежливость и ее взаимосвязь с открытостью честностью в форме ролевой игры семейной терапии. Супруги также обучались навыкам поддержания отношений с другими людьми.

Актуальная способность «Вежливость».

Определение и развитие: способность поддерживать отношения с другими людьми. Формы ее проявления это поведение, в котором сказываются знание общественных норм и правил поведения, сдержанность, внимательность по отношению к партнеру и самому себе, а также скромность. Учетливость как сознательное ограничение собственных интересов и потребностей - это социально оправданное подавление агрессии. Для овладения навыками вежливости играют роль обучение на чьем-либо примере (как правило, это родители) и обучение, подкрепляемое успехом (от собственного поведения). Реакция родителей на кажущееся невежливым поведение детей значит очень многое. Особенности вежливости являются частью культуры и нормами социальных слоев.

Как об этом спрашивают: кто из Вас больше ценит вежливость (сдержанность, правила хорошего тона)? Что Вы ощущаете, когда Ваш партнер не проявляет должной вежливости или сдержанности (ситуации)? Вы скорее учтивы или откровенны? Очень ли Вы интересуетесь тем, что о Вас говорят другие? Вы скорее проглотите обиду, чем поставите на кон хорошие отношения? Кто из Ваших родителей больше ценил правильное поведение?

Синонимы и расстройства: вести себя достойно; знать, что полагается делать; следить за манерами и хорошим тоном; пай-мальчик. Лицемерие, ритуализированная вежливость; неспособность отказан»; эгоизм; неуверенность; страх; неумение сопротивляться.

Особенное/ни поведения: Вежливость нередко формирует возможность контакта. Вместо «Ну-ка, дай сюда быстро!» лучше «Будьте добры, пожалуйста...» Что бы Вы сказали, если бы Ваш партнер обращался с Вами так, как Вы с ним? В отношении каких сфер (бережливость, верность, сексуальность, аккуратность) и с кем Вы особенно вежливы? Вам воздастся за Вашу вежливость.

Ступень 5: расширение системы целей

Возникновению расстройств способствовали названные ранее «life-events». Соответственно больная прежде всего училась устанавливать контакты с другими людьми. Выходные посвящались совместным мероприятиям с партнером. Вследствие переживаний из-за разлуки (переселение, отъезд дочери) актуализировалось чувство утраты в связи со смертью матери 15 лет назад. Во время терапии пациентка, помимо прочего, рассказала: «Для меня больше всего значит потеря близкого человека. В доме моих родителей после смерти как можно скорее стремились восстановить обычную повседневную жизнь. Мысли об этом никогда не высказывались. Смерть для меня равнозначна безвозвратному уходу. В последние годы я об этом не задумывалась. Собственно говоря, после смерти я не могу ничего себе представить. Я дважды пережила похороны близких. Очень сложно представить, что что-то еще может быть у этой горстки пепла. В этой связи часто всплывает понятие души, но что это такое? Это что, те мысли, которые есть у человека? Но со смертью умирает и мозг, что же остается? Я спрашиваю себя, может ли быть

еще что-то? Ученые не дают ответа на этот вопрос. Религии на все лады утверждают, что есть загробная жизнь, будь она на небесах или в аду, как реинкарнация или еще что-нибудь, но я уверена, со времен технического и научного прогресса известно: этому нет никаких доказательств и этого, таким образом, не существует, либо я себе просто не могу представить. Маркс говорил: «Религия это опиум для народа». Для меня важно - здесь и теперь. Мои надежды Я возлагаю на мою жизнь (здесь и теперь), а не на нечто потом. Было бы прекрасно, если бы я смогла в это поверить. Смерть тогда не была бы «исходом» для всего, и можно было бы надеяться на что-то сверх жизни. Тогда и смерть любимого человека можно было бы пережить легче, если бы я знала, что для него еще не все потеряно, что ему хорошо после смерти. Я не могу верить в детские представления о небесах с богом в образе дедушки с бородой. Ныло бы великолепно, если бы мы могли жить после смерти. То, что Я делала в жизни достигало абсолютного счастья. Под этим я понимаю потное согласие с собой и окружающими. Было бы замечательно, если бы я могла как-то продолжать существовать рядом с любимым человеком, а все мирские проблемы были бы решены. Тогда многие вещи, которые теперь в жизни играют важную роль, просто не существовали бы.

Для пациентки ее чувство подавленности и безнадежности в процессе терапии приобрело новую направленность. Свои перспективы на будущее она расширила тем, что смогла дифференцировать свои наивно-

религиозные представления. При этом с ней обсуждались следующие моменты: она научилась различать веру, религию и церковь, а также условную и безусловную судьбу. Она смогла также расширить свое одностороннее понимание науки при помощи знакомства с высказываниями известных нобелевских лауреатов, таких как Альберт Эйнштейн, Макс Планк, Вернер фон Браун и Гейзенберг (Peseschkian 1983, S.74).

Уже спустя относительно небольшой промежуток времени удалось достичь отчетливого облегчения состояния. Это улучшение касалось как симптомов реактивной депрессии, так и ревматического заболевания. Лечение было успешно завершено через 14 сеансов психотерапии.

Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – С. 852-859.

Малкина-Пых И.Г. Болезни опорно-двигательного аппарата

Термином «ревматические заболевания» объединяются патологические картины, общей характеристикой и ведущим симптомом которых являются боли в опорно-двигательном аппарате.

Это симптоматическое понятие включает этиологически, патологически и клинико-нозологически различные синдромы. Следует различать как минимум три

главные группы ревматических заболеваний: воспалительные процессы суставов и позвоночника, дегенеративные заболевания суставов и позвоночника и ревматические поражения мягких тканей. В качестве четвертой группы следует привести так называемые параревматические заболевания, при которых боль в тканевых структурах опорно-двигательного аппарата является признаком иного заболевания.

Ревматические поражения мягких тканей (фибромиалгия)

Картина личности

В психическом состоянии отчетливо выражены переживания страха и депрессии. Больные мало склонны к гиперкомпенсированному поведению. Их латентные или явные желания, заботы и тенденции к зависимости ярко выражены, отчетливо определяется склонность к самопожертвованию и зависимости.

За симптомами может стоять ларвированная депрессия если больные одновременно жалуются на нарушения побуждений и подавленность. Этот диагноз становится более вероятным при присоединении нарушений сна, сердцебиении, тахикардии и симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта.

Бросается в глаза застывшая и преувеличенная жизненная позиция больного. Они часто демонстрируют повышенный самоконтроль и стремление к перфекционизму. Они не могут позволить себе здоровых агрессивных импульсов, разочарование и обиду они

пытаются компенсировать «внутренней стойкостью». Характерной для них является тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности помочь, которая проявляется не спонтанно, а по внутреннему принуждению. Типично агрессивная окраска помощи, предлагаемой этими больными, получила удачное обозначение как «злое смирение» и «любящая тирания».

Блокированные агрессивные импульсы больных выражаются в повышенном мышечном напряжении и, наконец, в локализованных или генерализованных болях. Данные о локализации боли могут меняться от обследования к обследованию. Бросается в глаза, что боли очень быстро снижаются при уменьшении психической нагрузки больного.

Wweek (1971) описывает такого пациента как человека, который после манифестации заболевания склонен к зависимости и развивает сильные потребности к отдаче под чью-то опеку и желание заботы со стороны. Относительно часто развивается манифестная невротическая симптоматика, в особенности состояния страха, депрессии и психосоматические симптомы в форме функциональных кардиальных, желудочных расстройств, головных болей, астенических картин.

Отношениям психотерапевта и больного часто угрожают амбивалентные желания пациентов: они желают, с одной стороны, оставаться пассивными и зависимыми от психотерапевта, с другой же стороны, несмотря на

фасадную готовность раскрыться, недоверчивы и склонны к отверганию. Перед психотерапевтом стоит трудная задача: вызвать чувство защищенности и одновременно противодействовать враждебным тенденциям лечению инфантилизирующим тенденциям.

Описан конфликт между самопожертвованием и стабильностью, жертвенностью и эгоизмом, кротостью и агрессивностью. Эмоциональные состояния, прежде всего страх и депрессия, вытесняются меньше. Таких больных можно сравнивать с боксерами перед ударом юнга, с бегунами перед стартом, когда готовность долго не реализуется. При склонности к самопожертвованию и зависимости часто можно выявить наличие рентных установок.

В качестве разрешающей ситуации описывают большей частью такую, которая вызывает мобилизацию всего тела, особенно при агрессивных импульсах. Grace, Graham (1952) описали у больных с болями в спине наличие сложной ситуации, сопровождающейся яркими представлениями о ходьбе и бегстве. «Мне больше всего хотелось бы убежать из дома»; «Я хотел бы бежать отсюда»; «Я хотел бы уйти прочь»; «Я чувствую себя так, будто улетаю навсегда».

Среди особенностей личности этих больных отмечаются тенденция к вторичной выгоде, более или менее открытое желание нетрудоспособности. Нередко наблюдается разрыв между объективными данными и субъективными желаниями. Во всяком случае, совместное влияние невротически-тенденциозных мотивов выражено

значительно больше, чем при хроническом суставном ревматизме

В психодинамическом плане отмечаются амбивалентный конфликт между посторонним господствованием и самогосподствованием и в то же время услужливое и жертвенное поведение. Из этой амбивалентности и хронически заторможенной агрессивности и происходит повышение мышечного тонуса в типичных местах, чаще всего в области шейных и поясничных позвонков.

Внешне послушные, скромные и несамостоятельные больные обычно путем пассивного уклонения избегают прямого противостояния, конфронтации с психотерапевтом. Они не стремятся к терапевтическим контактам, ссылаясь на несерьезность заболевания, отрицают всякую необходимость какого-либо соматического или психологического лечения. Больных трудно удержать на лечении, они не поддерживают контактов, дают психотерапевту понять, что слишком пристальное внимание к их болезни не получит признания. Эти отказы и тенденции к уходу могут вызвать разочарование и отступление со стороны психотерапевта. Тихо страдающие ревматики склонны к тому, чтобы навязывать другим свой стиль взаимоотношений. Если приходится решать вопрос о лечении с родственниками больных, то обнаруживается, насколько укоренилась в проблемы семьи их соматическая и психическая симптоматика.

Симптомы остеохондроза

Картина личности

Психический конфликт может быть недоступен больным, он представлен теперь языком органов.

Weintraub (1969, 1973) пытался дать собственное определение значения каждого отдела позвоночного столба.

Шейный отдел несет голову человека. Положение человеческой головы филогенетически установилось с его прямохождением. Мы говорим, что человек утверждает себя, если он «не склоняет головы» перед трудностям и препятствиям. Это самоутверждение не ведет к цервикальному синдрому до тех пор пока, осуществляется в границах психологической нормы. К этому синдрому могут вести такие факторы, как неадекватные установки, при которых самоутверждение перестает быть эгосинтонным и/или требует постоянного дополнительного волевого напряжения с упрямыми попытками достичь однажды поставленной цели.

Грудной отдел. Совсем иным является психосоматическое значение среднего отдела позвоночника, который без анатомически точного отграничения можно соотнести с грудным отделом. Этот отдел сильнейшим и наиболее зримым образом отражает настроение человека. Печаль, отчаяние, утрата мужества заставляют человека согнуться, они характеризуются его согнутой спиной. Возникающие при этом болезненные мышечные напряжения неправомерно часто

истолковываются как локальные процессы неясного генеза, как «ревматические».

Сутулость подростков во многих случаях представляет собой результат внутренней установки, возникшей в силу того, что они не в состоянии отвечать внешним и внутренним требованиям, предъявляемым жизнью к духовно не созревшему телу. «Эти юноши не доросли до своей взрослости» (Weintraub, 1969).

Поясничный отдел. Прострел (люмбаго) - острый эпизод. Он может быть вызван резким движением или поднятием тяжести, но часто возникает и без видимых причин. Он часто, но не обязательно, случается вследствие таких изменений в позвоночнике, смещение позвонка.

Хронические боли в поясничном отделе часто являются выражением психического отягощения. Мы встречаемся с ними прежде всего у женщин, которые компенсируют неуверенность в себе, в своем соответствии семейным или профессиональным требованиям преувеличенно прямой осанкой, но также и у женщин, оставивших свое сопротивление и подавленных грузом повседневных забот.

Хронические боли в поясничном отделе могут также быть выражением фрустрации. Они связаны прежде всего с нереализованными ожиданиями, обращенными к межличностным отношениям, и с вытекающим из этого состоянием неудовлетворенности. У мужчин они нередко представляют собой неосознанную демонстрацию неудачи - будь то в профессии или в реализации своих мужских функций.

Ревматоидный артрит

Картина личности

У больных на отдаленных этапах состояния бросается в глаза их терпимость и невзыскательность (Zautra et al., 1994). Их терпеливая непритязательность находится в противоречии с объективными данными о заболевании.

В преморбиде пациенты характеризуются как тихие, малозаметные люди. Их отличает старательность и добросовестность. Часто заметно их альтруистичное поведение, что, в сочетании с энергией и жадой деятельности, делает их непревзойденными матерями и неутомимыми сиделками. Будущие пациенты уделят крайне мало внимания своей телесности, отличаясь бедным самовосприятием и редуцированным самопознанием. Их терпеливость, вероятно, соответствует внутреннему запрету на открытое выражение остаточных агрессивных побуждений (Alexander, 1951; Rimon. 1969; Schild, 1967; Weintraub, 1969).

Подобно больным эссенциальной гипертензией, больные ревматоидным артритом испытывают большие трудности в подавлении своих враждебно-агрессивных импульсов. Однако попытка разрешить эти импульсы протекает у них иначе и представляет собой комбинацию самоконтроля и «благотворительной» тирании над другими. Матери, страдающие ревматоидным артритом, склонны строго контролировать почти все двигательные проявления у своих детей. Многие из них испытали в детстве сходные материнские влияния, имея таких же властных матерей.

Специфика «ревматической личности» состоит в наращивании самоограничения в жизненных отношениях, в собственном Я, в собственном теле и в коммуникативной сфере, в том числе в социальном поведении. Сказанное можно отнести и к двигательным агрессивным импульсам, которые, начиная с раннего детства, описывают как проблемную сферу. В целом можно говорить о неудачном уравнивании полюсов мягкости и жесткости. Обычно тенденция к мягкости подавляется усилением моторной напряженности, мышечными действиями, у женщин - «мужским протестом». Путем напряжения и жертвенности приобретает право смешивать стремление к господству и мазохистское самопожертвование. Отмечены предпочтение занятий на свежем воздухе и силовых видов спорта, тенденция к подавлению спонтанного выражения чувств, к их сдерживанию. Эта характеристика применима в первую очередь к женщинам, которые в психосоматических наблюдениях по изучению ревматизма чаще всего обнаруживают контрастные или противоречивые показатели.

У всех больных ревматоидным артритом с достаточным постоянством встречаются три черты характера:

Стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности и внешней уступчивости, сочетающиеся со склонностью к подавлению всех агрессивных и враждебных импульсов, таких, как злоба или ярость.

Мазохистски-депрессивные проявления с сильной потребностью к самопожертвованию и чрезмерным стрем-

лением к оказанию помощи, сочетающиеся со сверхнравственным поведением и склонностью к депрессивным расстройствам настроения.

Выраженная потребность в физической активности до развития заболевания (профессиональный спорт, интенсивная работа по дому, в саду и т. д.).

Эти три особенности характера представляются при ревматоидном артрите как нечто застывшее и преувеличенное; они негибки и не приспособлены к требованиям среды. С психодинамических позиций это характерологически-невротическая переработка конфликта в сфере агрессивности и честолюбия.

Вышеупомянутые черты характера являются, кроме того, надежнее чем любая другая вегетативно управляемая функция: печаль уменьшает глубину дыхания, в то время как радость увеличивает ее; боязливые люди часто имеют поверхностное или неравномерное дыхание (Любан-Плоцца и др., 2000).

7. ПСИХОЛОГИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

<http://bekhterev.spb.ru/science/confer2005/>

Н.П. Ванчакова. Хроническая головная боль - сложная междисциплинарная клиническая проблема

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Хроническая головная боль как клиническая задача весьма характерная проблема для врачей любых специальностей, которые работают с населением среднего возраста. Она может быть признаком системного заболевания или быть расстройством сама по себе. В последнем случае речь идет о понимании и терапии наиболее распространенных вариантов первичной головной боли и мигрени.

Распространенность головной боли по результатам исследований колеблется от 10% до 20% в популяции, обратившихся за медицинской помощью. Частота хронических головных болей имеет отчетливые различия в популяциях мужчин и женщин: мигрень встречается у 18% женщин и 6% мужчин, головные боли напряжения у 5% женщин и 2% мужчин (Holroyd K.A., Lipchik G.L., 2000). Различия в эпидемиологических данных обусловлены использованием в исследованиях гетерогенных способов сбора данных и обработки полученных данных, применением различных определений хронической головной боли (Harstall C, Ospina M., 2003). В современных исследованиях наиболее часто используется две классификации: Классификация Головной боли Международного Общества Головной боли (IHS), выпущенная в 1988 и дополненная в 2002 году, и Классификация хронической боли Международной Ассоциации Исследования боли (IASP), раздел V. Первичные головные боли (последнее переиздание в 2002). Они имеют отчетливые различия, особенно в отношении

связи хронических головных болей с психическими процессами и социально-психологическими факторами. В большей степени этим аспектам уделено внимание в классификации хронической боли IASP, в которой введен самостоятельный раздел: хроническая головная боль психологического происхождения. Однако и эта более продвинутая и много осевая классификация не учитывает всех аспектов хронической головной боли. Так в разделе хронические головные боли вследствие психологических причин перечисляются головные боли, связанные с мышечным напряжением, головные боли, являющиеся иллюзиями и галлюцинациями, конверсионные головные боли, ипохондрические головные боли, головные боли, связанные с депрессией, головные боли, связанные с эпилепсией. В тоже время, в классификацию психических расстройств МКБ-10, включены описания значительно большего числа заболеваний, которые включают в клиническую картину расстройства хронические головные боли. Симптом хронических головных болей описан как характерный для клиники депрессии (F32), шизофрении (F20), шизоаффективного расстройства (F25), генерализованного тревожного расстройства (F41.1), панического расстройства (F41.0), конверсионного расстройства (F44), ипохондрического расстройства (F45.2), соматоформного расстройства, которое может даже иметь картину хронического соматоформного болевого расстройства (F45.4), соматоформной вегетативной дисфункции (F45.3). Процесс включения симптомов

хронической головной боли в дефиниции наиболее ярко отразился в работах, посвященных депрессиям (табл.1).

Таблица 1. Депрессия и боль: история идей (Wörz R., 2003)

Авторы	Годы	Термины
Pletnew	1923	"Телесная" циклотимия
Montassut	1936	Незначительные формы периодической меланхолии
Hempel	1937	Вегетативная депрессивная дистония
Schick	1947	Физическая форма периодической депрессии
Lemke	1949	Вегетативная депрессия
Kral	1958	Маскированная депрессия у людей среднего возраста
Da Foncesca	1963	Аффективные эквиваленты
Алмаз	1964	Депрессивные головные боли
Lesse	1968	Мультивариантные маски депрессии
Lopez-Ibor	1973	Депрессивные эквиваленты
Walcher	1969	Маскированная депрессия
Wörz	1980	Хроническая боль как выражение эндогенной депрессии
Blumer and Heilbronn	1982	Хроническая боль как вариант депрессивной болезни

Среди вегетативных и телесных признаков депрессивных расстройств, боль считается столь же значимым симптомом как расстройства сна. Хроническая боль, включая головную боль, лицевую боль, боль в шее и боль в спине, грудная, брюшная, и тазовая боль, и боль в конечностях, определяется в 50% как связанная с депрессивным расстройством. В некоторых случаях, связанное с болью страдание так доминирует над

клинической картиной, что основное депрессивное расстройство не признается в течение месяцев или даже лет (Wörz R., 2003). Такие варианты депрессивного расстройства определяются как соматизированная депрессия или депрессия с доминированием соматических расстройств. Выделяется даже самостоятельный вариант с доминированием болевых расстройств - алгическая депрессия. Многие авторы высказывают мнение, что частота соматизированных депрессий превышает частоту типичных депрессий, особенно в средней возрастной группе.

Важно отметить, что большое число работ, посвященных боли при депрессии, выполненных специалистами в области психиатрии и медицинской психологии, редко используют терминологию, предложенную ведущими медицинскими сообществами в области изучения боли. Вследствие этого многие исследования, выполненные специалистами в области психиатрии и медицинской психологии и специалистами в области боли, не могут быть сопоставлены друг с другом и в процессе мета анализа исключаются из числа значимых. В классификации IASP в качестве достоверных и значимых для диагноза хронические головные боли, ассоциируемые с депрессией введены следующие признаки (Classification of chronic pain IASP, 2003). Хроническая головная боль, связанная с депрессией, обычно не предшествует депрессии и не является атрибутом любого другого расстройства или причины. Локализуется в любых частях

головы, может быть симметричной. Например: в лобно-теменно-затылочной зоне или в одной из этих областей. Вероятно, появление такой боли у большинства пациентов с независимым депрессивным расстройством. Более часто у женщин. Интенсивность боли изменяется от умеренной до серьезной. Боль может быть постоянной, и может быть пульсирующей, т.е. содержать постоянный и острый компоненты. Клиника включает выраженные сенсорный (дисестезии, гипералгезии, гиперестезии, снижение болевого порога, снижение толерантности боли) и эмоциональный компоненты, аллодинию. Боль может возникать в зоне предшествующей травмы, операции или другого заболевания, вызвавшего повреждение тканей. Перечисленные критерии имеют диагностическую силу как хроническая головная боль, являющаяся синдромом депрессивного расстройства, если исключены другие причины и имеется угнетение настроения, сопровождающееся изменением уровня общей активности. В перечисленных выше классификациях хронической головной боли (IHS и IASP), определения и термины боли сформулированы на базе биопсихосоциальной модели боли, которая была создана Engel в 1977 году. Исходя из этой модели, боль - это расстройство представляющее комплекс взаимодействий биологических, психологических и социальных влияний. Взаимодействие каждого компонента пораженного болезнью может быть линейным и не линейным, в том числе друг с другом, и тем самым, поражая его или усиливая его поражение. Анализ

различных вариантов хронических болевых синдромов с позиций клиники позволил сформулировать клиническую концепцию хронической боли. Боль есть сложная клиническая система, в которой участвуют следующие механизмы: ноцицептивные, антиноцицептивные, гуморальные, гемодинамические, дыхательные, вегетативные, судорожные, противосудорожные, механизмы депрессии, тревоги, астении (Ванчакова Н.П., 1994). Болевой синдром – многоуровневая патологическая система, формирование и клиническое выражение которой есть результат патологической интеграции соматической и психической составляющих. Соматическая составляющая включает: собственно боль (процессы, происходящие в ноцицептивной и антиноцицептивной системах, каналах болевой чувствительности спинного мозга, восходящих болевых трактах головного мозга), содружественные реакции (гемодинамические, вегетативные, дыхательные, гуморальные). Психическая составляющая боли включает: эмоции (реакции и настроения), мышление (ассоциативные процессы), когнитивные процессы (понимание, оценка, планирование, прогноз), поведение (болевое поведение – все варианты выражения субъективного страдания). Работа над классификациями хронической боли потребовала формулировки целого ряда терминов, которые стали базисными в терминологии боли. Ниже приводятся несколько терминов в области боли по классификации хронической боли ISAP, 2002. Боль – неприятный сенсорный и эмоциональный опыт, – связанный

фактическим или потенциальным повреждением ткани, или описанный в терминах такого повреждения. Аллодиния – возникновение боли из-за стимула, который обычно не вызывает боль. Болевой порог – минимальная экспериментальная боль, которую субъект может регистрировать. Уровень толерантности боли – максимальный уровень боли, который субъект может переносить. Дисестезия – спонтанные или вызванные чем-то неприятные - ненормальные ощущения. Гипералгезия – возрастание ответа на стимулы, которые вызывают нормальное болевое чувство. Гиперестезия – возрастание чувствительности к стимуляции, исключая специальные чувства. Однако в работах психиатрического профиля доминируют термины: телесные сенсации, сенестопатии, синестезии, вегетативные и соматические симптомы депрессии. Приведенные термины боли и пять осей характеристики боли (зона боли, системы, вовлеченные в боль, характеристика длительности, интенсивность, этиология) позволили классификации ISP дать хорошо очерченные и обладающие важными дифференциально-диагностическими признаками определения различных общих синдромов хронической головной боли. Например, хронической головной боли напряжения. Эту боль определяют как фактически непрерывную боль в области головы, обусловленную сокращением мышц головы и шеи и вызываемую эмоциональными причинами или постоянным злоупотреблением напряжением мышц головы и шеи. В качестве основной системы, вовлеченной в патологический

процесс, определена центральная нервная система, находящаяся в состоянии возбуждения под влиянием психологических и социальных причин. Возникновение расстройства постепенное, неустойчивое сначала, как умеренное или неприятное чувство, и характерно усиление боли к определенному времени суток. Типично колебание интенсивности боли в течение дня. Эти усиления интенсивности боли появляются после нескольких лет менее интенсивной головной боли. Качество боли: унылая боль, обычно не пульсирует; во время усиления интенсивности боли часто или почти всегда возникает пульсация боли. Некоторые описывают полосы напряжения или распространение на всю голову. Возможно появление ощущения давления в голове. Возникают боли и продолжаются большинство дней в неделю, обычно каждый день в течение большей части дня. Иногда при большой длительности и выраженности расстройства головная боль может быть причиной пробуждения пациентов от сна. Вызывающие и усиливающие факторы: эмоциональное напряжение, тревога и депрессия, физическое напряжение, алкоголь (Classification of chronic pain IASP, 2003).

Классификации хронической головной боли IHS и IASP включают практически одни и те же расстройства, которые приобрели устойчивые не только синдромальные, но и отчасти нозологические характеристики. В классификации IASP (2002) это раздел V. "Первичные Синдромы Головной боли, Сосудистые расстройства, и синдромы, связанные с ликвородинамикой".

1. Классическая мигрень (мигрень с аурой) 004.X7a
2. Обычная (вульгарная) мигрень (мигрень без ауры) 004.X7b
3. Мигренеподобный вариант 004.X7c
4. Каротидиния 004.X7d
5. Смешанные головные боли 003.X7b
6. Кластерные головные боли 004.X8a
7. Хроническая пароксизмальная гемикrania
- 7.1 Неремитирующая форма 006.X8k
- 7.2 Ремитирующая форма 006.X8g
8. Хроническая кластерная головная боль 004.X8b
9. Кластерный тик-синдром 006.X8h
10. Посттравматическая головная боль 002.X1b
11. Синдром «Jabs and Jolts» 006.X8i
12. Височный артрит (гигантоклеточный артрит) 023.X3
13. Головные боли, ассоциированные со спинномозговой пункцией низкой локализации 023.X1a
14. Головные боли Post-Dural пунктирования 023.X1b
15. Гемикrania Continua 093.X8
16. Неспецифические головные боли 00X.X8f

Наиболее распространенной первичной головной болью является мигрень. Мигрень – гетерогенное расстройство. Клинические особенности таких признаков как аура, предшествующая атаке мигрени, или головокружение, возникающее во время приступа, могут быть замечены в подгруппах пациентов с другими вариантами головных болей, имеющих различные основные патофизиологические и генетические механизмы

хронических головных болей. Факторы пускового механизма различны среди пациентов с мигренями и могут меняться в течение курса болезни, наиболее обычным является напряжение, менструальный период, и алкоголь (Sandor P.S., Agosti R., 2001). Могут вызывать приступы изменения погоды, злоупотребление антимигренозными препаратами, используемыми для купирования приступов, в особенности комбинацией анальгетика и эрготамина. Последнее является часто недооцениваемым фактором ухудшения заболевания. Большое число исследований указывает (табл. 2) на частое сосуществование хронической боли, хронической головной боли, мигрени и депрессии и на наличие общих звеньев патогенеза мигрени, хронической головной боли, хронической боли и аффективных расстройств (Holroyd K.A., Lipchik G.L., 2000; Ferrari M.D., Kors E.E., Terwindt G.M., 2000).

Таблица 2. Большая депрессия (БД) и дистимическое (Д) расстройство у пациентов с хронической болью (Wörz R., 2003).

Автор	Год	Медицинское учреждение	Популяция пациентов (N)	БД (%)	Д (%)
Reich et al.	1983	Управление боли	Хроническая боль (43)	23.2	7.0
Remick et al.	1983	Психиатрическая консультация	Нетипичная лицевая боль (68)	13.2	
Katon и другие	1984	Психиатрическая консультация	Хроническая боль (49)	57.1	8.2
Turner, Romano	1984	Клиника боли	Боли > 6 месяцев (40)	30.0	
Hudson et al.	1985	Клиника артрита	Fibrositis/fibromyalgia (31)	26.1	4.3

Bouckoms et al.	1985	Нейрохирургический стационар	Боль > 6 месяцев (62)	24.2	
Haley et al.	1985	Клиника боли	Хроническая боль (63)	49.2	
Katon et al.	1985	Стационарные пациенты клиники Seattle	Боль > 1 года (37)	32.4	
Muse	1985	Клиника боли	Боли > 6 месяцев (64)	1.5	12.5
Fishbain et al.	1986	Клиника боли	Боли > 2 лет (283)	4.6	23.3
Goldenberg	1986	Клиника артрита	Fibrositis/fibromyalgia (82)	13.4	
Large	1986	Психиатрическое консультирование	Боль > 6 месяцев (50)	6.0	28.0
Chaturvedi	1987	Амбулаторные психиатрические больные	Боль > 3 месяцев (203)	6.9	43.3
France et al.	1987	Стационарные больные, программа боли	Боль в спине > 6 месяцев (73)	46.6	6.8
Love	1987	Частная практика	Боль в спине > 6 месяцев (68)	25.0	
Benjamin et al.	1988	Амбулаторные больные клиники боли	Хроническая боль (106)	33.0	
Walker et al. (46)	1988	Лапароскопические пациенты	Тазовая боль > 3 месяцев (25)	28.0	

Лонгитюдные исследования больных с мигренями получили данные, что мигрень увеличивает риск в последствии развития большой депрессии, (родственник рискует = 1.8) но также и то, что присутствие большой

депрессии увеличивает риск впоследствии развития мигрени), (родственник рискует = 3.8) (Breslau N., Merikangas K., Bowden C.L., 1994). Двунаправленное влияние интерпретируется как указание на общую генетическую уязвимость для мигрени и депрессии. Однако, более аргументировано мнение, что это может быть дизрегуляция в нейрохимических системах мозга, возможно серотонергической системе, увеличивающая уязвимость индивидуума к обоим расстройствам (Silberstein S.D., Lipton R.B., & Breslau N., 1995). Альтернативно, может быть то, что присутствие каждого расстройства увеличивает риск для другого расстройства. Например, тревога и аффективные расстройства могут быть факторами риска для преобразования эпизодических проблем головной боли в более серьезные хронические проблемы. Решение этих задач требует проведения лонгитюдных исследований больных с мигренями с коморбидными аффективными или тревожными расстройствами.

В классификации IASP в разделе хронических головных болей вследствие психологических причин одну из позиций занимают хронические головные боли ассоциируемые с эпилепсией. Необходимость проведения дифференциального диагноза при эпилепсии с синкопальными состояниями, эпизодами гипогликемии, преходящими ишемическими приступами, мигренью, нарушениями сна давно стало положением, которое вошло в фундаментальные и учебные издания (Гельдер М.И др. 1997). Конечно, речь идет о парциальных эпилептических

припадках. Однако это не значит, что вопрос достаточно хорошо разработан. Исследования популяций больных мигренью установили, что среди их кровных родственников значительно чаще встречается эпилепсия. И имеются работы, указывающие, что среди родственников больных эпилепсией больше, чем в популяции регистрируется мигрень. То есть имеется двунаправленная тенденция, которая расценивается и как общая генетическая уязвимость для мигрени и эпилепсии, и как наличие общих звеньев дисрегуляции в нейрохимических системах мозга. В классификации IASP достоверные и значимые признаки для диагноза хронические головные боли, ассоциируемые с эпилепсией, не обозначены (Classification of chronic pain IASP, 2003). В тоже время на основании анализа исследований в области эпилепсии следует выделить два типа симптомов: продолжительные головные боли и приступы острых болей как самостоятельный симптом и как компонент парциального припадка. Продолжительные головные боли, связанные с эпилепсией, имеют длительность от нескольких часов, до нескольких суток, и чаще связаны с нарушением ликвородинамики. Нарушения ликвородинамики встречаются у 70% больных эпилепсией (Карлов В.А., 1990). Локализация продолжительных и острых болей вариантная: любые части головы, может быть диффузной, может быть мигренозной. Более часто хронические головные боли встречаются у женщин, страдающих эпилепсией. Клиническая картина может иметь сенсорные, психосенсорные, эмоциональные

компоненты. Интенсивность боли изменяется от умеренной до серьезной. Эпизоды острых кратковременных или мигренозных болей могут иметь признаки эпилептического припадка: резкое начало и окончание, длительность от нескольких секунд до 10-15 минут, стереотипность клинической картины у одного больного, эпилептическая активность на ЭЭГ.

Приведенные данные указывают на то, что хронические головные боли есть зона ассоциаций между разными расстройствами, которые обладают перекрестом не только в клинике, но и патогенезе. Это положение сильно отражается в применяемой терапии. Классические препараты, используемые для лечения хронических головных болей и профилактики атак, головных болей: бета-блокаторы, лишённые свойственной им симпатомиметической деятельности, вальпроевая кислота, Ca^{2+} + антагонисты, антисеротонинергические препараты и трициклические антидепрессанты. Но все они имеют показатели эффективности только на 50% (облегчение симптомов и частоты атак головных болей). Хорошо переносится, но менее эффективен чем классические агенты, магний в большой дозе (24 mmol/день) или cycloandelate. Большая доза (400 mg/d) рибофлавина имеет хорошее соотношение эффективность/побочный эффект и вероятно действует за счет улучшения потенциал фосфорилирования митохондрий. В последние десятилетия стали активно использоваться новые антиэпилептические препараты габапептин и топирамат, или перикраниальное

введение ботулотоксина. Активно используются и исследуются травяные составы. Однако терапия остается трудной, не достаточно эффективной, так как проблема имеет междисциплинарный характер и далека от результирующих этиопатогенетических концепций.

Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А. Головная боль напряжения. Казань: Медицина, 2001. - 132с.

**Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А.
Головная боль напряжения**

**Определение, эпидемиология и классификация
головной боли напряжения**

Определение. В медицинском словаре Стедмана (цит. по Гречко В.Е, 1999) головная боль напряжения определяется как "головная боль, связанная с нервным напряжением, тревогой и т.п., часто сочетающаяся с хроническим сокращением скальпа". Синонимами термина **головная боль напряжения** являются: головная боль мышечного напряжения, психогенная головная боль, психомиогенная головная боль, стрессорная головная боль, миалгическая головная боль, эссенциальная головная боль. В настоящее время указанные синонимы имеют лишь историческое значение.

ГБН представляет собой достаточно четко очерченный клинический симптомокомплекс, определяемый своеобразной картиной болевого синдрома - боль непароксизмальная, монотонная, симметричная, умеренная, сдавливающая. Она наиболее часто сопутствует

состоянию физического и умственного утомления, психоэмоционального напряжения. Эта форма головной боли, как правило, наблюдается у лиц, деятельность которых сопряжена с длительной концентрацией внимания, эмоциональным напряжением в сочетании с недостаточной двигательной активностью на работе и в быту (Юдельсон Я.Б., Страчунская Е.Я., 1993; Pearce J.M.S., 1994).

Эпидемиология. По современным данным частота ГБН в популяции составляет от 32 до 71%, а среди других форм головной боли ей принадлежит ведущее место (до 85%), при этом у женщин она встречается примерно в 3 раза чаще (Jensen R., Sandrini G., 1994; Rasmussen B.K., 1999). Следует отметить, что более 90% больных с ГБН составляют лица трудоспособного возраста (Sandrini G., Manzoni G.C., Zanferrari C. et al., 1993). По результатам эпидемиологических исследований в Дании установлено, что 83% пациентов с ГБН пользуются медикаментами для купирования болевого синдрома, 16% больных вынуждены были обращаться к врачам, а 12% - из-за боли теряли работоспособность (Rasmussen B.K., Jensen R., Schroll M. et al., 1991). Таким образом, головная боль напряжения оказывает значительное негативное влияние как на индивидуум, так и на социум, поскольку сопряжена с весомой потерей рабочих дней по временной нетрудоспособности и в еще большей мере - из-за снижения производительности работы, качества и восприятия жизни в целом (Langveld J.M., Koot H.M., Loonen M.C., 1996).

Впервые упоминания о головных болях, клинически напоминающих ГБН, встречаются в медицинской литературе второй половины 19-го столетия. Считалось, что эти боли наблюдаются у людей исключительно умственного труда или страдающих истерией и ипохондрией. Терапия подобных болей включала широкий спектр воздействий от холодных ванн и напряженной физической активности до принятия настоев опия или марихуаны. В начале 20-го века эту головную боль стали обозначать как “мышкулярный ревматизм” головы, тем самым предполагая наличие нарушений функции мышц головы в патогенезе данного страдания.

Приоритет в разработке этиологии и патогенеза ГБН принадлежит Н.Wolff (1963). Эксперименты, проведенные на больных и здоровых людях, позволили ему создать модель развития головной боли этого типа. Для обозначения данных головных болей Н.Wolff впервые предложил термин “головная боль мышечного напряжения (сокращения)”.

Классификация. Современная международная классификация головных болей, краниальных невралгий и лицевых болей (Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain), предложенная в 1988 году (см. Приложение), рассматривает головную боль напряжения как нозологическую форму. ГБН наряду с мигренью и кластерной головной болью относят, к так называемым, первичным головным болям. Вместе с тем, ряд авторов не

признают нозологической самостоятельности ГБН, считая ее синдромом или симптомом, встречающимся при неврозах, депрессии, патологии шейного отдела позвоночника и краниовертебрального перехода, мышц шеи и лица (Шток В.Н., 1988; Попелянский Я.Ю., 1989; Иваничев Г.А., 2000). Можно предположить, что со временем, по мере углубления знаний о механизмах развития ГБН представления о ее нозологической самостоятельности будут уточняться.

Клинические варианты, течение и прогноз головной боли напряжения

Клиническое обследование является наиболее важным элементом диагностики головной боли напряжения, поскольку согласно современной классификации почти все основные диагностические критерии базируются на данных исследования жалоб, анамнеза и объективного статуса больного.

С учетом значительной роли поражения шейного отдела позвоночника в генезе хронических головных болей особое внимание в дифференциально-диагностическом аспекте уделяется исследованию с применением клинических методов вертеброневрологической и мануальной диагностики. В частности, следует направить усилия на диагностику функциональных блокад шейных позвоночно-двигательных сегментов, включая область краниовертебрального перехода.

Больные, страдающие ГБН, предъявляют жалобы на типичные болевые ощущения, основными признаками

которых являются симметричность, монотонность, неп пульсирующий характер, слабая или умеренная интенсивность.

Для диагностики клинических вариантов ГБН наиболее важным является учет продолжительности и частоты головной боли.

В практическом аспекте может быть целесообразным выделение как минимум двух вариантов эпизодической ГБН - вариант с редкими и короткими эпизодами ГБ и вариант с частыми и длительными эпизодами ГБ.

Эпизодическая ГБН с редкими и короткими эпизодами ГБ (не более 2-3 эпизодов в месяц). Данный вариант ГБН выявляется примерно с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин. Возраст больных как правило не превышает 35 лет. Следует отметить, что пациенты с подобной головной болью крайне редко самостоятельно обращаются к врачу и поэтому их учет обычно возможен только во время профилактических осмотров или массовых анкетных исследований.

Возникновение головной боли обычно связано с очевидным переутомлением на работе или учебе, ответственным выступлением или встречей, недостатком сна, длительной поездкой на транспорте. Приступ боли развивается постепенно, нарастая на протяжении нескольких часов, во второй половине дня ближе к вечеру.

Характер головной боли типичен для ГБН, однако отмечается преимущественная локализация в лобных или лобно-височных областях. Интенсивность болевых

ощущений слабая или умеренная. По ВАШ она составляет от 3 до 5 баллов.

ГБ не беспокоят во сне и отсутствуют в момент пробуждения утром. Они обычно не сопровождаются тошнотой, рвотой, фотофобией, фонофобией, не изменяются в зависимости от положения головы и позы, не зависят от обычной физической нагрузки.

Анамнез таких больных в целом не имеет каких-либо особенностей. Длительность заболевания в среднем составляет от 3 до 7 лет.

Клиническое неврологическое исследование больных обычно не выявляет патологии. При пальпации может определяться незначительное количество болезненных точек в области скальпа, стимуляция которых не вызывает отраженных болевых ощущений. Экстракраниальная мускулатура, как правило, не вовлечена.

Течение данного варианта эпизодической ГБН обычно является стабильным, без очевидного прогрессирования, прогноз благоприятным. Специальное лечение, как правило, не проводится. ГБ купируются самопроизвольно, после отдыха, массажа скальпа или под влиянием ненаркотических анальгетиков. Злоупотребления приемом лекарственных препаратов не наблюдается.

Эпизодическая ГБН с частыми и продолжительными эпизодами ГБ. Данный вариант ГБН выявляется чаще у женщин, чем у мужчин в соотношении примерно 4 к 1. Возраст больных обычно находится в пределах от 30 до 45 лет.

Возникновение ГБ обычно связывается с более или менее длительными эмоциональными переживаниями на работе, в семье. Приступ боли развивается постепенно, во второй половине дня, нарастая на протяжении нескольких часов.

Характер головной боли типичен для ГБН. Локализация болевых ощущений чаще диффузная. Интенсивность болевых ощущений от умеренной до сильной (по ВАШ от 5 до 8 баллов).

ГБ не беспокоят во сне и в момент пробуждения утром. Они обычно не сопровождаются тошнотой, рвотой, но на высоте болевых ощущений может иметь место фото- или фонофобия.

В анамнезе у таких больных обычно имеются свидетельства о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, сопровождающихся болевыми синдромами различных локализаций (прежде всего вертеброгенные и миофасциальные).

Возможны указания на наследственную отягощенность по заболеваниям с синдромом хронической боли, в том числе и головной. Длительность заболевания на момент обследования в среднем составляет 7 -15 лет.

Клиническое исследование неврологического статуса, как правило, не выявляет органической патологии. При пальпации выявляются болезненные точки в проекции перикраниальной и экстракраниальной мускулатуры. Достаточно характерны локальные мышечные гипертонусы в мышцах шеи, стимуляция которых может вызывать

отраженные болевые ощущения в лобную, лобно-височную и затылочную области. Часто указанные гипертенусы настолько клинически актуальны, что преимущественно определяют картину болевого синдрома в момент приступа. Об этом свидетельствует спонтанная боль в области гипертенуса и наличие отраженной головной боли. Характерным симптомом является возникновение или усиление типичной ГБ при раздражении активного триггерного пункта. В таких случаях мы диагностировали смешанную головную боль (эпизодическая ГБН + миофасциальная отраженная ГБ).

Течение данного варианта эпизодической ГБН у 44% больных можно определить как неуклонно прогрессирующее с постепенным увеличением частоты и тяжести обострений. К очевидным признакам прогрессирования патологического процесса относится возникновение обострений заболевания без "видимых" причин. Прогноз для части больных при отсутствии адекватного лечения неблагоприятный из-за возможности развития хронической ГБН.

Лечения эпизодической ГБН с частыми и продолжительными эпизодами ГБ требует настойчивой курсовой терапии. У некоторых больных имеет место злоупотребление приемом лекарственных препаратов.

Хроническая ГБН характеризуется наличием разнообразных по характеру болевых ощущений с преобладанием двусторонних, давящих, сжимающих болей, часто умеренной интенсивности (по ВАШ от 5 до 7 баллов),

обычно без сопутствующей рвоты, но с возможной тошнотой, фотофобией или фонофобией. Головная боль беспокоит не реже 15 дней в месяц и более 180 дней в году, у значительной части больных отмечается практически постоянная головная боль.

Хроническая ГБН выявляется чаще у женщин, чем у мужчин в соотношении примерно 3 к 1. Возраст больных варьирует в пределах от 30 до 45 лет.

Возникновение головной боли, как правило, связывается с эмоциональными переживаниями, переутомлением во время учебы или на работе, однако очень часто больные не могут отметить каких-либо очевидных провоцирующих факторов.

В анамнезе у больных с хронической ГБН отмечаются хронические болевые синдромы других локализаций (боли в шее, спине, артралгии, кардиалгии и т.п.), характерны указания на наследственную отягощенность. Длительность заболевания составляет 10 -15 лет и более.

Клиническое неврологическое исследование обычно не обнаруживает органической патологии. При пальпации практически у всех больных определяются болезненные точки в проекции перикраниальной и экстракраниальной мускулатуры.

Вертеброневрологическое и мануальное обследование выявляет у большинства больных (более 74%) признаки патологии шейного отдела позвоночника: ограничение движений, болезненность и функциональные блокады ПДС, особенно в области краниовертебрального перехода.

Для больных с хронической ГБН также характерны перманентные вегетативные и гипервентиляционные нарушения (Вейн А.М., Колосова О.А, Фокина Н.М. и др., 1997).

Следует отметить, что наличие практически облигатных проявлений вертеброгенной и миофасциальной патологии, а также часто признаков вегетативной дисфункции позволяет в большинстве случаев расценивать хроническую ГБН с клинической точки зрения как смешанную.

Анализ клинической картины различных вариантов ГБН позволяет выявить четкую закономерность - по мере увеличения тяжести болевого синдрома значительно возрастает удельное значение локальных источников периферической болевой импульсации в перикраниальной и экстракраниальной мускулатуре, в шейном отделе позвоночника, манифестируются системные проявления вегетативной дисфункции. Таким образом, по мере хронизации болевого синдрома в его реализацию включается все большее число механизмов, которые не только взаимно отягощают течение патологического процесса, но и в значительной мере изменяют его клинические проявления и течение.

Психологические аспекты головной боли напряжения

В настоящее время по результатам многочисленных исследований установлена достоверная связь между хроническим эмоциональным стрессом и развитием ГБН

(Gannon L.R., Haynes S.N., Cuevas J. et al., 1987; Martin P.R., Marie G.V., Nathan P.R., 1992; Biondi M., Portuesi G., 1994; Diamond S., 1999). У 80-90% больных с ГБН выявляются различной степени выраженности психоэмоциональные расстройства в виде повышенной возбудимости, тревоги, депрессии. Типичными по данным литературы, особенно у пациентов с неблагоприятным течением болевого синдрома, являются изменения в структуре личности по тревожно-мнительному и демонстративному типам. Предполагается, что те или иные психологические расстройства обычно предшествуют развитию ГБН и являются непременным условием ее возникновения. (Боконжич Р., 1984; Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А. и др., 1994; Martin P.R., Mathews A.M., 1978; De Benedittis., Lorenzetti A., Pieri A., 1992).

Психологическая характеристика больных, страдающих различными клиническими вариантами ГБН, несмотря на общие тенденции, имеет и вполне определенные различия.

Для эпизодической ГБН характерно преобладание тревоги, тогда как при хронической ГБН, как правило, выявляется клинически актуальная депрессия. Личностные акцентуации при эпизодическом варианте либо не выявляются вовсе, либо преимущественно представлены тревожно-мнительным типом, тогда как при хронической ГБН закономерно возрастает частота демонстративных, паранойяльных и других акцентуаций, характеризующих глубокие изменения эмоционально-личностной реактивности.

Роль изменений психоэмоциональной реактивности в развитии ГБН обсуждается в гл. 5. Для практического врача особый интерес представляет возможность использования результатов психологического тестирования для адекватного подбора средств терапии ГБН у конкретного больного и для оценки возможного прогноза течения патологического процесса.

Электронеурофизиологическая характеристика головной боли напряжения

В исследовании болевых синдромов, включая головные боли различного генеза, значительную сложность представляет объективный анализ основных механизмов, участвующих в реализации алгических проявлений. Особую важность данная проблема приобретает в условиях клиники, когда определение патогенеза болевого синдрома является непременным условием для назначения дифференцированной терапии.

В последние годы в изучении боли все большее внимание уделяется электронеурофизиологическим методам диагностики, которые, отражая состояние различных отделов нервной системы, позволяют не только уточнить некоторые тонкие механизмы функционирования ноцицептивной и антиноцицептивной систем, но и вооружают практического врача объективными критериями диагностики болевого синдрома. Однако следует отметить, что при этом речь, как правило, не идет о нозологической диагностике, т.е. без учета всего комплекса симптомов результаты электронеурофизиологического исследования

не могут однозначно определить у конкретного больного мигрень, кластерную головную боль или ГБН. Более того современные данные свидетельствуют о том, что изменения электронейрофизиологических параметров во многом стереотипны при хронических болевых синдромах различной локализации, например, при длительно текущем вертеброгенном болевом синдроме и ГБН. Поэтому основным приложением методов клинической нейрофизиологии, по нашему мнению, является функциональная диагностика боли, т.е. определение ведущих патологических механизмов, их относительной роли в реализации конкретного алгического феномена, степени тяжести, вариантов течения и прогноза патологического процесса.

В настоящее время при болевых синдромах применяют широкий спектр методов электронейрофизиологического исследования: электромиографию, моносинаптические и полисинаптические рефлексy, торможение произвольной мышечной активности, корковые, стволовые и спинальные вызванные потенциалы (электрические, акустические, лазерные) и ряд других (условная негативная волна, ЭЭГ - картирование, вызванный кожный симпатический потенциал). Применительно к проблеме ГБН из указанных методов большего внимания и более подробного обсуждения заслуживают электромиография мышц скальпа и шеи, исследование Н-рефлекса, мигательного и ноцицептивного флексорного рефлексов, экстероцептивной

супрессии произвольной мышечной активности и соматосенсорных вызванных потенциалов.

Электромиография (ЭМГ) при ГБН используется для объективизации мышечно-тонических нарушений в перикраниальной и экстракраниальной мускулатуре. Роль тонического сокращения мышц в патогенезе ГБН остается предметом дискуссий (Колосова О.А., Страчунская Е.Я., 1995; Hatch J.P., Moore P.J., Provost M. et al., 1992; Jensen R., Rasmussen B.K., 1996). Современная классификация ГБ (см. Приложение) предполагает существование вариантов ГБН с вовлечением и без вовлечения перикраниальных мышц.

На основе данных собственных ЭМГ исследований можно предположить, что напряжение перикраниальных мышц может являться источником ноцицептивной афферентации у части больных эпизодической и хронической ГБН. Вместе с тем, поскольку уровень тонической активности указанных мышц обычно незначительно отличается от нормы и, соответственно, генерируемые ими сенсорные потоки, по-видимому, являются достаточно слабыми, то интерпретация подобной импульсации в качестве болевой требует очевидной дисфункции антиноцицептивной системы как непрямого условия развития болевого синдрома. У больных ГБН без вовлечения перикраниальных мышц возможно возрастание роли альтернативных периферических источников ноцицептивной афферентации, уточнение локализации которых требует дальнейших исследований. Весьма вероятно, что у части больных хронической ГБН роль

периферических источников болевой импульсации может быть вообще минимальной и болевой синдром (особенно при многолетнем течении) преимущественно реализуется на основе центральных генераторных механизмов патологической боли.

Н-рефлекс - это моносинаптический рефлекторный ответ мышцы. Он впервые исследован Р. Hoffman (1918), в честь которого и получил свое название. Н - рефлекс вызывается при электрической стимуляции Ia афферентов смешанного нерва, которые моносинаптически возбуждают альфа-мотонейроны, что приводит к синхронизированному эфферентному залпу и сокращению мышц.

По результатам собственных исследований выявлено повышение моносинаптической рефлекторной возбудимости, что объективно характеризуют особенности реактивности нервной системы при ГБН. Поскольку сегментарный уровень замыкания Н-рефлекса (сегмент S1) значительно удален и не получает периферической импульсации от источников, актуальных при ГБН (перикраниальные мышцы и др.), то изменения параметров рефлекса определяются прежде всего дефицитом нисходящего тормозного контроля со стороны супрасегментарных отделов ЦНС на сегментарный аппарат спинного мозга. В частности, одним из механизмов повышения моносинаптической рефлекторной возбудимости может служить облегчение сенсорных входов вследствие недостаточности пресинаптического торможения.

Для клинической практики Н-рефлекс может быть полезен в качестве информативного нейрофизиологического теста, позволяющего определить дефицит нисходящего супрасегментарного торможения и тем самым объективизировать один из ведущих механизмов развития ГБН. Это дает возможность верифицировать тяжесть имеющихся клинических нарушений и оценить вероятный прогноз течения патологического процесса.

Следует также отметить, что методика исследования Н-рефлекса доступна на стандартных электромиографах, не требует для своего проведения значительных ресурсов времени, а результаты теста просты в обработке и интерпретации.

Этиология и патогенез головной боли напряжения

Этиология и патогенез ГБН несмотря на достаточно длительный период интенсивного изучения до конца не выяснены и продолжают оставаться предметом современных исследований.

Впервые концепция развития ГБН была предложена Н.Wolff (1963), который считал, что причиной головной боли может быть длительное напряжение скелетных мышц головы и шеи, которое проявляется болью в виде стягивания, сдавления, ощущения шлема и является проявлением тревожности, воспаления или вынужденного положения головы. Повышение напряжения мышц также приводит к сужению артериальных сосудов и появлению ишемии, а спазм капилляров, обеспечивающих питание

мышц, вызывает соответствующую степень венозного застоя. Таким образом, мышца недостаточно снабжается кровью, а вследствие напряжения в ней накапливаются продукты метаболизма, которые не могут быть выведены через венозную сеть, мышца становится отечной и болезненной. Предполагается, что повышенная концентрация калия, возникающая во время длительного напряжения мышцы, стимулирует ее хеморецепторы и вызывает боль.

В эксперименте было показано, что повышенная концентрация внимания у студентов и определенная степень предэкзаменационной тревоги провоцирует напряжение поперечно-полосатых мышц головы и шеи (а также ишемию, отек и химические изменения в этих мышцах), а также вазоконстрикцию экстракраниальных артерий и появление боли. У больных с головной болью этого типа и у здоровых людей, у которых она была экспериментально вызвана, отмечалось спонтанное снижение пульсового кровотока в черепных артериях.

Таким образом, Н. Wolff (1963) выделил два периферических фактора, вызывающих развитие ГБН:

тоническое напряжение самих мышц и как следствие ишемия, отек, электролитные, биохимические сдвиги;

сопутствующее мышечному сокращению сужение артерий, усиливающее боль.

В ряде исследований была проведена экспериментальная проверка роли тонического напряжения морфологически неизменных

перикраниальных мышц в генерации достаточного ноцицептивного потока для развития головной боли.

Для изучения роли ишемии напряженных мышц Н. Wolff (1963) использовал давление специального винтового аппарата на перикраниальную мускулатуру у здоровых субъектов. Умеренного давления было достаточно для генерирования головной боли, усиливающейся в течение 20 минут и практически исчезающей после окончания эксперимента.

В работе R. Jensen et al. (1996) у 48 пациентов с мигренью изучался эффект 30-минутного произвольного сжатия зубов, вызывающего напряжение перикраниальной мускулатуры. В результате эксперимента у 54% больных развилась головная боль, похожая на головную боль напряжения, и лишь 8% пациентов продемонстрировали мигренозный приступ.

Вместе с тем, в условиях клиники выраженное тоническое сокращение перикраниальной мускулатуры при ГБН является скорее исключением, чем правилом. Современные данные показывают, что ГБН по результатам интерференционной электромиографии обычно сопутствует слабое или умеренное напряжение перикраниальной и экстракраниальной мускулатуры. У части больных с клиническим симптомокомплексом ГБН подобное тоническое напряжение может не выявляться вовсе (Hatch J.P., Moore P.J., Cyr-Provost M. et al., 1992; Jensen R., Fugsang-Frederiksen A., Olesen J., 1993; Jensen R., Rasmussen B.K., 1996). Это нашло свое отражение в современной

классификации головной боли, где были выделены два варианта ГБН с сокращением и без сокращения перикраниальных мышц.

В последние годы основное значение в возникновении ГБН придается, так называемым, центральным механизмам хронической боли (Olesen J., 1991; Schoenen J., Gerard P., De Pasqua V. et al., 1991; Diamond S., 1999; Jensen R., Olesen J., 2000). В наиболее общем плане следует заметить, что хроническая боль является своеобразным интегралом взаимодействия различных уровней обработки ноцицептивных сенсорных потоков в центральной нервной системы. Так, снижение болевого порога у некоторых субъектов может обусловить развитие болевых ощущений тогда, когда у большинства индивидуумов подобная сенсорная посылка не будет восприниматься как ноцицептивная. С другой стороны, при определенных условиях возможно возникновение боли без наличия актуальной периферической импульсации из очага поражения вследствие образования "генераторов усиленного патологического возбуждения" в сегментарных или супрасегментарных отделах ЦНС (Крыжановский Г.Н., 1997).

Установлено, что для больных с ГБН характерна функциональная недостаточность антиноцицептивной системы, а именно, нисходящего тормозного контроля со стороны супрасегментарных структур (околоводопроводного серого вещества, ядер шва среднего и продолговатого мозга, ядер ретикулярной формации и

т.п.) на сегментарные и релейные интернейроны, ответственные за проведение ноцицептивных сенсорных потоков с периферии (Sandrini G., Ruiz L., Alfonsi E. et al. 1991; Jensen R., Sandrini G., 1994; Devor M., 1996).

Значение депрессии в генезе хронической ГБН в работах современных авторов подчеркивается особо. Предполагается, что недостаточность серотонинергических систем мозга обуславливает как развитие депрессивных расстройств, так и хронического болевого синдрома вследствие недостаточности нисходящего антиноцицептивного контроля (Martin P.R., Marie G.V., Nathan P.R., 1992; Jensen R., Olesen J., 1996). С другой стороны, долго существующая боль ограничивает профессиональные и личные возможности человека, заставляет его отказываться от привычных жизненных стереотипов, нарушает его жизненные планы и т.д. Подобное снижение качества жизни может породить вторичную депрессию.

Роль депрессии и соответствующих ей нейромедиаторных сдвигов в генезе хронической ГБН подтверждается достаточно высокой терапевтической эффективностью антидепрессантов. Эти препараты подавляют повторное поглощение серотонина и норадреналина синапсом и, таким образом, усиливают тормозное действие трансммиттеров на нейроны спинного мозга (Мосолов С.Н., 1995).

Непременной составляющей клинической картины любого хронического болевого синдрома является

комплекс поведенческих вербальных и невербальных реакций, объединенных термином **болевое поведение**. Болевое поведение, возникшее как следствие хронической боли, негативно влияет на адаптацию индивидуума и тем самым усугубляет болевой синдром (Keefe F.J., Lefebvre J., 1994; Keefe F.J., 1996).

Структурной основой патологической боли, включая хроническую, согласно представлениям Г.Н. Крыжановского (1997), является агрегат взаимодействующих сенситизированных нейронов с нарушенными тормозными механизмами и повышенной возбудимостью. Такие агрегаты способны развивать длительную самоподдерживающуюся патологическую активность, для которой не обязательна афферентная стимуляция с периферии. Формирование агрегатов гиперактивных нейронов осуществляется синаптическими и несинаптическими механизмами. Одним из условий образования гиперактивных агрегатов является возникновение устойчивой деполяризации нейронов. Наиболее важное значение в механизмах образования агрегатов гиперактивных нейронов в структурах ЦНС отводится подавлению тормозных реакций. В условиях недостаточности тормозных механизмов и повышенной возбудимости нейронов облегчаются синаптические межнейронные взаимодействия, происходит активация "молчащих" неактивных синапсов и объединение близлежащих сенситизированных нейронов в единый агрегат.

Данные электронейрофизиологических исследований позволяют предположить, что генераторные механизмы могут быть актуальны и в механизмах развития ГБН.

По результатам собственных исследований у части больных с эпизодической ГБН и у подавляющего большинства больных с хронической ГБН установлено достоверное увеличение мощности поздних компонентов соматосенсорных вызванных потенциалов, тогда как ранние компоненты не были изменены (Якупова А.А, Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., 1997). Указанное свидетельствует о повышении возбудимости и слабости тормозных процессов в неспецифических мультисинаптических системах головного мозга, в частности, медиобазальных лимбических структурах височных и лобных долей мозга, осуществляющих переработку ноцицептивной информации (Desmedt J.E., Huy Nguyen Tran., Borget M., 1983).

По результатам нейрофизиологических исследований (мигательный рефлекс, ноцицептивный флексорный рефлекс, экстероцептивная супрессия) установлено, что ГБН, в особенности ее хроническая форма, характеризуется повышением моносинаптической и полисинаптической рефлекторной возбудимости, а также снижением активности тормозных нисходящих систем (Якупова А.А, Исмагилов М.Ф., 1991; Колосова О.А., Страчунская Е.Я., 1995; Якупова А.А, Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., 1995, 1996; Schoenen J., 1990; Jensen R., Olesen J., 1996, 2000).

Таким образом, при ГБН имеет место очевидная недостаточность процессов торможения на различных

уровнях ЦНС, что обуславливает облегчение сенсорных входов для периферической болевой импульсации и служит основной для формирования генераторов патологически усиленного возбуждения с участием нейронов ноцицептивной системы. Возникновение устойчивых агрегатов гиперактивных ноцицептивных нейронов может способствовать развитию болевого синдрома без актуальных источников периферической афферентации или под влиянием слабой болевой или даже подпороговой импульсации из различных периферических источников, в частности, от напряженных перикраниальных мышц, сосудов и др. Именно это, как нам кажется, обуславливает диффузный и монотонный характер болевых ощущений. Если же на периферии появляется актуальный очаг ноцицептивной афферентации (например, миофасциальный триггерный пункт), то вследствие асимметрии сенсорного входа болевые ощущения закономерно латерализуются.

Удельная роль и даже участие различных механизмов головной ГБН при различных ее клинических вариантах представляется неодинаковой.

Так, **эпизодическая ГБН с редкими и короткими эпизодами ГБ**, развивающаяся как проявление утомления и перенапряжения в условиях интенсивной деятельности и сопровождающаяся незначительными сдвигами реактивности нервной системы на фоне не обязательного легкого повышения биоэлектрической активности перикраниальной мускулатуры, может быть преимущественно обусловлена преходящей дисфункцией

систем антиноцицептивного контроля (возможно вследствие временного истощения нейромедиаторных систем), ведущей к снижению болевых порогов и, как следствие, к повышению ноцицептивного влияния со стороны как напряженных перикраниальных мышц, так и других источников афферентации.

Эпизодическая ГБН с частыми и длительными эпизодами ГБ, беспокоящая в условиях обычной деятельности на фоне психоэмоциональных расстройств и личностных акцентуаций, как правило, сопровождающаяся повышением биоэлектрической активности перикраниальных мышц и умеренным ростом рефлекторной возбудимости, по-видимому имеет в своей основе конституциональные или приобретенные особенности функционирования антиноцицептивной системы, что приводит к дезадаптации под влиянием экзогенных факторов. Это вариант головной боли может являться начальной фазой развития хронической ГБН.

Хроническая ГБН в своем развитии и течении обычно мало зависит от периферического фактора (т.е. источников болевой импульсации в мышцах и т.п.). В ее реализации преимущественную роль играют дисфункция антиноцицептивной системы, генераторные механизмы патологической боли, а также психалгия, которая является проекцией психического ощущения боли на периферию (Боконжич Р., 1984).

Следует особо подчеркнуть, что поскольку у больных, страдающих ГБН имеет место дисфункция

антиноцицептивной системы, то это облегчает попутное возникновение у них и других головных болей, характеризующихся участием сосудистых, цервикогенных, миофасциальных и прочих факторов, а также хронических болевых синдромов экстракраниальной локализации.

В целом, развитие ГБН можно представить следующим образом:

конституционально обусловленная или приобретенная недостаточность антиноцицептивной системы в условиях психоэмоционального напряжения, умственного переутомления приводит к снижению эффективного контроля боли на всех уровнях обработки ноцицептивной афферентации;

слабоинтенсивные потоки периферической импульсации от напряженных перикраниальных и экстракраниальных мышц и(или) других тканей головы, сосудов и т.п., в условиях облегчения сенсорного входа интерпретируются ЦНС как ноцицептивные и субъективно воспринимаются индивидуумом как диффузные болевые ощущения;

при глобальной недостаточности тормозного контроля происходит формирование агрегатов гиперактивных нейронов с самоподдерживающейся активностью в структурах ЦНС, обеспечивающих проведение, модуляцию и анализ ноцицептивной информации, что приводит к хронизации боли, а также к ее "отрыву" от источников ноцицептивной импульсации с периферии;

психосоциальная дезадаптация (в частности, возникновение депрессии) вследствие особенностей личностных, эмоциональных и поведенческих реакций индивидуума создает условия для развития и прогрессирования хронической боли, что обусловливается тесной функциональной интеграцией (на уровне нейромедиаторных механизмов) систем контроля ноцицептивной афферентации и психоэмоционального статуса.

6. Диагноз и дифференциальный диагноз головной боли напряжения

Головная боль является одним из наиболее частых симптомов, сопровождающих различные нозологические формы и синдромы, поэтому диагноз и дифференциальный диагноз ГБН представляет весьма сложную и ответственную задачу.

Практически все угрожающие жизни причины головной боли вызывают внезапное и быстрое развитие болевого приступа. Об острой головной боли говорят в том случае, если она продолжается менее 1 недели, однако часто приступ развивается всего лишь за несколько минут или часов до обращения больного за медицинской помощью. Приступ головной боли также может рассматриваться как острый при внезапном изменении характера и тяжести хронической головной боли. В основе острого приступа головной боли могут лежать серьезные причины и во всех случаях необходимо предпринять тщательное и неотложное обследование пациента.

В данном аспекте следует обратить особое внимание на следующие ситуации, требующие экстренной диагностики:

внезапно изменились характер и частота приступов хронической головной боли или они стали значительно интенсивнее;

головная боль сочетается с внезапным развитием неврологического дефицита или угнетением сознания;

головная боль остро развивается через некоторое время после травмы головы;

по оценке больного - это самая сильная головная боль, которую он когда-либо испытывал в жизни (характерна для спонтанного субарахноидального кровоизлияния).

Наличие у пациента острых болевых ощущений по определению и с высокой вероятностью исключает головную боль напряжения и требует проведения комплекса клинико-инструментальных диагностических мероприятий, обсуждение которых приводится в специальных руководствах и выходит за рамки данной книги.

Рекуррентная головная боль (острая повторяющаяся) характеризуется ярким пароксизмальным течением, когда приступы интенсивной боли чередуются со "светлыми" периодами полного отсутствия болевых ощущений. Наиболее типичным примером этой группы является мигрень. Формально при наличии рекуррентной боли может возникнуть необходимость проведения дифференциальной диагностики эпизодической ГБН и пароксизмов мигренозной боли. В большинстве случаев их

разграничение не представляет серьезной проблемы на основании учета стандартных диагностических признаков мигрени и ГБН. Когда же такое разграничение произвести сложно, то наиболее вероятным решением следует признать констатацию смешанного характера болевых ощущений, т.к. общность патогенетических механизмов часто обуславливает развитие смешанной головной боли (Diamond S., Freitag F.G., 1988; Pearce J.M.S., 1994). По статистике у 10-15% больных с мигренью встречается головная боль напряжения (Olesen J., Schoenen J., 1993; Diamond S., 1999).

Хроническая головная боль беспокоит на протяжении длительного времени (не менее 3-х месяцев) она возникает эпизодически, ежедневно или беспокоит больного практически постоянно. Дифференциальный диагноз хронической головной боли может представлять значительные трудности. Он никогда не должен опираться только на клинические методы, поскольку стереотипный характер болевых ощущений, отсутствие или скудность объективной симптоматики могут характеризовать различные патологические процессы от головной боли напряжения до интракраниальной гипертензии, обусловленной опухолью мозга. Особое внимание следует обращать на динамику болевых ощущений. Неуклонное нарастание головной боли в течение более или менее ограниченного временного промежутка от редких эпизодов до практически постоянной, усиление интенсивности болевых ощущений, развитие общей и очаговой

неврологической симптоматики заставляет думать о возможности органической патологии головного мозга.

Диагностические критерии ГБН с учетом положений действующей классификации (см. Приложение) и данных собственных исследований приведены в оригинальном печатном варианте монографии. Необходимость расширения диагностических критериев, по сравнению с приведенными в классификации, диктуется, во-первых, клинической неоднородностью эпизодической ГБН, во-вторых, актуальной потребностью объективного подразделения вариантов ГБН на основе данных не только клинического, но и инструментальных исследований, показатели которых отражают ведущие механизмы развития патологического процесса.

По данным литературы и собственных исследований были разработаны дифференциально-диагностические таблицы ГБН. Таблицы составлены на основе метода экспертных оценок. Для постановки диагноза необходимо найти сумму баллов для каждого типа головной боли, причем учитываются только те признаки, которые выявлены у больного. На вероятный диагноз указывает наибольшая сумма. Если сумма для альтернативных вариантов одинакова, то речь скорее всего идет о неопределенном диагнозе или ГБ смешанного генеза.

Лечение головной боли напряжения

Лечение ГБН представляет сложную задачу. Это обусловлено прежде всего необходимостью тщательного учета механизмов развития патологического процесса при

различных вариантах ГБН, а также дополнительных факторов (цервикогенный, миофасциальный, психалгический и др.), ведущих к возникновению смешанной ГБ. Указанное требует направленной терапии, а не шаблонных схем лечения с применением ограниченного набора фармакологических препаратов.

В последние годы все большее внимание обращается на использование нелекарственных методов лечения. Это обусловлено: недостаточной эффективностью фармакотерапии, наличием индивидуальной непереносимости и аллергических реакций, возникновением привыкания к психотропным препаратам и анальгетикам, развитием лекарственно - зависимой ГБ. Для лечения ГБН наиболее часто применяют следующие немедикаментозные методы: психотерапию, биологическую обратную связь, массаж, постизометрическую релаксацию, физиотерапию и рефлексотерапию.

Собственный клинический опыт позволяет рекомендовать ступенчатый подход к проведению терапии ГБН. Лечение целесообразно начинать с легко переносимых и безопасных методов и только при их неэффективности назначать лекарственную терапию. Важным условием успешности терапии является организация (насколько это возможно) оптимального режима труда и отдыха больного.

При эпизодической ГБН с редкими и короткими эпизодами ГБ курсовое лечение, как правило, не показано. Для купирования ГБ рекомендуются массаж

скальпа, постизометрическая релаксация, точечный массаж, однократный или непродолжительный прием анальгетиков. В случае очевидной стереотипности эпизодов ГБ по времени и условиям возникновения (например, экзаменационная сессия и т.п.) возможно профилактическое лечение с применением методов пролонгированной рефлексотерапии (цубо - терапия, микроиглотерапия).

При эпизодической ГБН с частыми и длительными эпизодами ГБ показано курсовое лечение с использованием преимущественно немедикаментозных методов, при неэффективности которых решается вопрос о назначении лекарственной терапии.

При хронической ГБН, как правило, необходимо комплексное лечение на основе фармакотерапии и нелекарственных методов, так как это не только потенцирует терапевтические эффекты, но и предотвращает развитие побочных реакции лекарственной терапии вследствие уменьшения доз фармакологических препаратов.

Заключение

Данные эпидемиологических исследований последних лет свидетельствуют о высокой распространенности в популяции (от 32 до 71%) хронической, непароксизмальной, диффузной, слабо или умеренно выраженной головной боли, определенной в современной классификации как ***головная боль напряжения*** (Olesen J., Schoenen J., 1993; Rasmussen B.K., 1999). Даже с учетом

возможной завышенности представленных данных актуальность проблемы ГБН для современной медицины выглядит вполне очевидной.

По имеющимся на сегодняшний день данным возникновение ГБН можно прежде всего связать с дисфункцией центрального антиноцицептивного контроля, которая приводит к облегчению сенсорных входов и восприятию широкого спектра субсенсорной периферической импульсации в качестве болевой. Напряжение перикраниальных мышц в этих условиях играет роль одного из источников подобной афферентации.

Вообще, дисфункция антиноцицептивной системы безусловно не является тем механизмом, который характерен исключительно для ГБН. Практически любая хроническая боль в той или иной степени предполагает ее наличие. Однако при ГБН указанная дисфункция существует как бы в "чистом виде". Она предшествует развитию ГБ, обусловлена преморбидными конституциональными или приобретенными особенностями функционирования ЦНС, не возникает в ответ на более или менее длительный период интенсивной ноцицептивной афферентации с периферии. В этих условиях основную роль приобретают слабоинтенсивные источники афферентации, которые и вызывают болевые ощущения.

В этой связи хотелось бы отметить, высокую реальную частоту смешанных (по механизму возникновения) ГБ, которые клинически могут в значительной степени соответствовать существующим критериям ГБН. В этом

ряду прежде всего стоят ГБ миофасциального и вертеброгенного (цервикогенного) генеза. По нашему мнению, "поглощение" указанных синдромов в рамках ГБН негативно сказывается на эффективности их лечения, т.к. игнорирование актуальных источников ноцицептивной импульсации на периферии и увлечение "центральной" терапией (антидепрессанты и т.п.) не позволяет дифференцированно воздействовать на все механизмы реализации болевого синдрома у конкретного больного.

В практическом плане целесообразно при исследовании каждого больного выявлять "стержневой" механизм и соответствующий ему клинический синдром, которые в наибольшей степени ответственны за возникновение ГБ. При этом необходимо ориентироваться не только на данные стандартного неврологического обследования, но и обязательно учитывать результаты вертеброневрологического и мануального исследования.

Большого внедрения в практическое здравоохранение требуют современные методы нейрофизиологической диагностики, позволяющие оценить роль основных механизмов реализации ГБН и, тем самым, объективно охарактеризовать существующий хронический болевой синдром по тяжести и возможному прогнозу течения.

Лечение ГБН, по нашему мнению, должно быть ориентировано преимущественно на использование немедикаментозных методов, которые не только не уступают, но часто превосходят известные медикаментозные средства по терапевтической

эффективности. При этом они отличаются существенно большей безопасностью и доступностью для широкого круга больных.

Проблема ГБН еще далека от своего разрешения. Можно надеяться, что дальнейшие исследования в этой области позволят уточнить нозологическую сущность клинического феномена ГБН, что безусловно откроет пути для эффективного лечения и профилактики данного страдания.

8 . ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Щеглова И. Ю. Панические расстройства у больных с гинекологической патологией//Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1995. - №1. - С. 98-100.

Щеглова И. Ю. Панические расстройства у больных с гинекологической патологией

Часто при панических расстройствах пароксизмы тревоги возникают самопроизвольно и неожиданно. Это позволяет предположить, что существуют внутренние триггерные механизмы процесса, обуславливая интерес к изучению органной патологии. К примеру, ряд исследователей отмечает, что у большинства пациентов с паническими атаками имеется пролапс митрального клапана и делает попытки установить причинно-следственные связи между ними [6-8]. Другие ученые считают, что часто диагностируемые расстройства, такие как пролапс митрального клапана, синдром Меньера,

гипогликемия и прочие, лишь отражают симптоматику различных стадий одного и того же панического расстройства [9]. Анализ данных литературы также показывает, что недостаточно изучены панические расстройства у больных гинекологического профиля [5].

Абдоминальный дистресс является общим симптомом как для панических приступов, так и ряда гинекологических заболеваний. В связи с чем исследовались те случаи панических расстройств, в симптоматику которых входили острые болевые и (или) неприятные ощущения внизу живота. Пациентки были отобраны из числа женщин с синдромом тазовых болей (СТБ), представленным хроническими тазовыми болями и малыми морфофункциональными формами гинекологических заболеваний [2]. Это позволяло провести сравнительный анализ групп между собой с целью выявления взаимосвязи панических расстройств и гинекологической патологии.

За период с 1988 по 1994 годы были обследованы 238 женщин с СТБ, находившихся на обследовании в отделении оперативной гинекологии Института акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта. У 14 из них (5,9%) имели место панические расстройства (группа I). Контрольная группа была представлена 34 женщинами, произвольно взятыми из числа обследованных (группа II).

Методы обследования включали клинико-психопатологический и экспериментально-психологический. У всех женщин был проведен тест с

внутривенным введением седуксена для изучения структуры аффективных синдромов и их связи с болью [1]. В процессе работы дважды оценивались уровни тревожности по шкале Спилбергера-Ханина [3], депрессии по шкале Бека [4], выраженность боли по визуальной аналоговой шкале. Гинекологический диагноз был верифицирован в ходе гинекологических операций, в том числе и лапароскопии.

Средний возраст обследованных составлял $35,9 \pm 2,3$ года, давность тазовых болей - $5,2 \pm 1,9$ года. Достоверных отличий показателей группы I от группы II не получено.

Болевой синдром был представлен постоянной ноющей, тупой болью внизу живота и пояснице с иррадиацией в область прямой кишки. У пациенток I группы регистрировались наряду с тупыми болями в животе острые боли распирающего характера в рамках клинической картины панических приступов. Появление острых болей, как правило, служило поводом для обращения за неотложной медицинской помощью, поисков разнообразных методов обследования и лечения.

Гинекологическая патология выявлялась практически у всех больных обеих групп. Различий по частоте встречаемости отдельных нозологических форм получено не было. Однако в I группе достоверно чаще встречались больные, у которых выполнялись радикальные гинекологические операции (экстирпация матки без придатков, ампутация матки с придатками) ($p < 0,001$).

Давность панических расстройств у женщин I группы составляла от 6 месяцев до 3 лет. У всех пациенток тревожные пароксизмы возникали на фоне упорных хронических тазовых болей. У большинства больных (85,7%) имели место развернутые приступы с частотой от 1 до 30 в месяц.

Аффективная патология у пациенток II группы была представлена тревожными и депрессивными расстройствами невротического уровня.

По данным шкалы Спилбергера-Ханина уровни реактивной и личностной тревожности в I группе были высокими, достоверно отличаясь от уровней тревожности во II группе ($p < 0,001$). Достоверных отличий по усредненным показателям I шкалы Бека получено не было. Оценки отражали среднюю степень выраженности депрессии.

Однократное внутривенное введение седуксена оказывало значительное влияние на исходную симптоматику у исследованных женщин. В I группе значительно снизились уровни тревожности и депрессии, исчезла и не возобновлялась в течение 1 часа тазовая боль, II группу составляли 28 пациенток-респондеров на седуксен в отношении тазовой боли и тревоги (82,3%) и 6 пациенток-нонреспондеров (17,7%).

Анализ показал, что достоверно большее снижение реактивной тревожности произошло у тех женщин, у кого после введения седуксена тазовая боль исчезла (группа I и респондеры из группы II) по сравнению с группой нонреспондеров (соответственно $p < 0,001$ и $p < 0,01$).

Одновременно с уменьшением реактивной тревожности под влиянием седуксена произошло большее снижение уровня депрессии в группе I по сравнению с группой II ($p < 0,001$). Это подтверждает клинические наблюдения относительно вторичности депрессии у исследованных больных с паническими расстройствами.

Полученные данные не позволяют утверждать, что диагностированная гинекологическая патология у больных с паническими расстройствами имеет непосредственное значение в генезе этих расстройств. Однако было убедительно показано следующее. С одной стороны, панические расстройства тесно связаны с повышенным уровнем тревоги. С другой стороны, данные седуксенового теста свидетельствуют о взаимосвязи тревоги и боли у исследованных пациенток. Это дает основание предположить, что существуют единые патогенетические механизмы между паническими состояниями и хронической болью у пациенток с СТБ. Предположительно, биологической основой этой связи является повышение симпатoadреналовой активности.

Таким образом, значение морфофункциональных изменений гинекологической сферы у исследованных больных можно оценивать, исходя из представления о том, что эти изменения являются аллогенным очагом, запускающим сложный психосоматический процесс.

Кроме того, следует указать, что появление панических прилов меняет болевое поведение пациенток, заставляя их активно обращаться к врачу и настаивать на оказании

специализированной медицинской помощи. Возможно, с этим связана выявленная в исследовании большая распространенность среди женщин с паническими приступами пациенток, перенесших гинекологические операции. Из опыта, известно, что гинекологи и хирурги общей практики ориентированы на хирургические методы лечения в случае предъявления жалоб на острые боли в животе.

В связи с вышеизложенным, рекомендуется включать седуксеновый тест в качестве диагностического у пациенток с СТБ при решении вопроса об оперативном методе лечения. Кроме того, терапия данной группы больных должна быть направлена на купирование панических атак и снижение уровня тревоги, нормализацию вегетативных дисфункций и местный аллогенный очаг.

БИБЛИОГРАФИЯ

Нуллер Ю. Л, Депрессия и деперсонализация. Л., 1986, 207 с.

Савицкий Г. А., Иванова Р. Д., Осипова Н. И. Некоторые вопросы этиологии, патогенеза и терапии хронических тазовых болей в гинекологии // МЗ ССР Ред. журн. «Акушерство и гинекология». М., 1989, 16 с. Деп в ВНПМИ 24.04.89, № 17159.

Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спиблергера. Л., 1976, 46 с.

Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M. et al. An inventory of measuring depression // Arch Gen. Psychiatr., 1961, v. 4, No. 4, p. 561-571.

Klein D. F. Pregnancy and panic disorder. Commentary // J. of Clin. Psychiat., 1994, v. 55, No. 7, p. 293-294.

Pariser S., Bruce A. J., Pinta E. et al. Panic attacks: diagnostic evaluation of 17 patients // Am. J. Psychiatr., 1974, v. 136, No. 1, p. 105-106.

Pariser S. F., Pinta E., Jones B. Mitral valve prolapse syndrome and anxiety neurosis/panic disorder // Am. J. Psychiatry, 1978, v. 135. No. 12, p. 246-247.

Wodley S. F. Where are diseases of yesteryear? Da Costa S. Syndrome, soldier's heart, the effort syndrome, neurocirculatory asthenia and the mitral valve prolapse syndrome // Circulation, 1976, v. 53, No. 5, p. 749-751.

Sheenan D. K. Current perspectives in the treatment of panic and phobic disorders // Drug Ther., 1982, v. 12, No. 9, p. 179-193.

Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – С. 846-847.

**Малкина-Пых И.Г. Функциональная
(психосоматическая) стерильность
*Картина личности***

Однозначной специфики типа личности не существует. Goldschmidt (1973) по данным литературы формулирует две наиболее распространенные личностные характеристики:

Выступающая в мужской роли, соперничающая женщина с выраженным стремлением к доминированию и желанием не независимости.

Физически и психически незрелая женщина, зависимое положение которой представляет собой наиболее яркий признак.

Другие авторы говорят об отклонении материнской роли или женской роли вообще как о личностном признаке функционально стерильных женщин. Психодинамически психологическая защита от беременности, родов и материнства оказывается связанной ранними отношениями с матерью.

Vibring (цит. по Бройтигам и др., 1999) связывает значение беременности и материнства с отношениями между партнерами, с отношениями женщины к себе самой и ребенку. Интенсивные отношения между партнерами ведут через готовность к зачатию, к тому, что часть любимого партнера становится частью Я женщины. Это вторжение должно приниматься женщиной. Ребенок представляет для нее тогда ее саму, представительство отца ребенка и представительство ее собственного Я.

Психотерапия

Зачатие ставит женщину перед задачей интеграции в своем теле растущего ребенка с последующим отпусканием

его. Для лабильной личности это может оказаться непосильной нагрузкой и чревато серьезной опасностью дезинтеграции личности. Психотерапевт должен поэтому удостовериться, не служит ли функциональная стерильность возможной самозащите больной, снятие которой может иметь фатальные последствия.

Предположение о функциональной природе бесплодия возникает на практике, когда у одной или обоих партнеров накапливаются психические и психосоматические симптомы

и одновременно у женщины отмечается аменорея, ановуляция или фолликулярная недостаточность. Психодинамика при нереализованном желании иметь детей может также влиять на отношения психотерапевта и больного. Richter, Stauber (1983) обращают внимание на следующие аспекты лечения при нереальном и ювинильном желании иметь детей:

Бесплодные пары со «сверхценным» желанием детей. Сильное давление страдания, приступообразный «голод по детям», поиск специалистов. Активны преимущественно пациентки. Отношения с больными затруднены.

Бесплодные пары с «сильным» желанием детей. Умеренное давление страдания, желание хирургического медицинского вмешательства.

Бесплодные пары со «здоровым желанием» детей. Невысокое давление страдания (колебания относительно хирургических методов).

Социальная компенсация фрустрированного желания детей. Уравновешенные отношения с психотерапевтом. Soldschmidt (1973) поставил вопрос о терапии не больных с функциональным бесплодием, а функционально бесплодных браков. В соответствии с этим в план терапии должна входить коррекция партнерских отношений.

Тип партнерских отношений при функциональном бесплодии часто симбиотический. Отношения демонстрируют стабильный иерархический порядок: один партнер доминирует в поведении, другой приспосабливается.

Для продуктивного использования возможностей экстракорпорального оплодотворения, которые для многих бесплодных пар стали большой надеждой, следует учитывать интрапсихическую динамику и формы взаимодействия в партнерских отношениях.

Для лечащего психотерапевта «сверхценное» желание ребенка с настаиванием на медицинских вмешательствах и сопутствующими реактивными депрессивными проявлениями и психосоматической симптоматикой можем быть указанием на то, что психодинамические аспекты нуждаются в особом рассмотрении прежде, чем будут приняты решения о медицинских операциях.

Успешно используются методы транзактного анализа, арт-терапии, психосинтеза, психодрамы, гештальт-терапии, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии.

Психосоматические аспекты при гетерологичном и экстракорпоральном оплодотворении

Совершенно новая задача психосоматической консультации - использование современных методик гомологичного и в еще большей степени гетерологичного оплодотворения, а также экстракорпорального оплодотворения. Эти новые технические возможности, при которых оплодотворение полностью отделяется от сексуальности, вызывают большие психические проблемы. Прежде всего, заинтересованные пары высказывают желание абсолютного сохранения тайны, в том числе личного и постоянного консультирования только у одного психотерапевта, а также учета их психических проблем в качестве важнейшей просьбы. Это та область, где настоятельно необходима совместная деятельность гинеколога с психо-соматиком в рамках консультационной службы (Brautigam, Clement. 1989).

Опыт показывает, что трудности при гетерологичном и соответственно при экстракорпоральном оплодотворении ожидаются скорее всего в тех семьях, в которых у обоих супругов нет полного единства в желании иметь ребенка. Неблагоприятно действует также недостаточная уравновешенность партнера, прежде всего когда и без того слабый в своем положении бесплодный отец, который биологически не в состоянии выполнить свою роль, социально должен ее выполнить.. но ему в этом мешает психологическая слабость.

Своего рода тестом для часто сверхценной озабоченности желанием иметь ребенка, появление которого должно разрешить как конфликт личности, так и

конфликт пары, является вопрос: «Можете ли вы представить себе дальнейшую совместную жизнь без детей?» Если на этот вопрос ответ абсолютно отрицательный, необходимо дальнейшее выяснение его подоплеки.

Психосоматика спонтанного аборта и преждевременных родов

Известно, что 14-20% всех клинически диагностированных беременностей кончаются спонтанными абортами. Однако психической переработке выкидышей в клинической практики и научных исследованиях долго не придавали особого значения, поскольку большинство спонтанных абортов происходит на ранних сроках беременности. Исходя из представления, что связь с растущим плодом возникает позже, хотя бы при появлении движений ребенка, психотерапевты обычно ограничиваются советом поскорее забеременеть снова и забыть о выкидыше. Кроме того, отсутствие ритуальных форм траура и соболезнований также делает эту потерю несущественной и допускает психическую переработку в виде «скрытого траура».

Лишь казуистические случаи и исследовательские данные показывают наличие выраженных и стойких, и нонувтягивающихся реакции, сравнимых с теми, которые описываются при потере близких людей. При этом появляются симптомы скорби (печаль, потеря аппетита, расстройство сна, возбудимость, снижение общей активности, мысли об умершем ребенке, повторяющиеся

сновидения), а также интенсивные проявления враждебности по отношению к медицинскому персоналу, чувство зависти к матерям и беременным женщинам, самоупреки и чувство вины, суицидальные мысли и страх смерти. Особенно явственны напряжение в партнерских отношениях и изменение отношений с уже имеющимися детьми от пренебрежения ими до сверхзаботливости и тревожности.

При интенсивном выявлении причинных факторов обнаруживаемся, что значительная часть выкидышей (25 - 50%) не обусловлена органическими причинами (например, хромосомными отклонениями, инфекциями на ранних сроках беременности, изменениями шейки матки или самой матки). Кроме того, оказалось, что при привычных выкидышах благодаря усиленному вниманию психотерапевтов и во многом независимо от характера применяющегося лечения даваемые психотерапевтами советы приводя к недонашиванию следующей беременности. В течение нескольких десятилетий исследователи пытаются объяснить с психосоматических позиций привычные выкидыши как психосоматическое разрешение конфликта, касающегося проблем женственности материнства (Deutsch, 1954) на преэдиповом или эдиповом уровне (Peins, 1990). Эти предположения следует принимать с большой осторожностью, так как они не только труднодоказуемы, но и могут способствовать усилению чувства вины и самоупреков у этих женщин. К тому же следует обращать

внимание как на психическое состояние беременной, так и на психосоциальные факторы. Следует также полагать, что повторные выкидыши создают порочный круг страха, депрессии и психосоматических ощущений, которые способствуют новому выкидышу вследствие нейроэндокринных изменений и усиленного сокращения матки (Hertz, Molinski, 1980).

Наряду с выяснением этого вопроса после спонтанного аборта важно обращать внимание на печаль и психическую реакцию женщины, которая очень нуждается в информации и советах. Необходимо дать ей эти советы в беседах и информировать ее о психических последствиях спонтанного аборта.

Нелегальные, равно как и легальные, аборты, следствием которых может быть стерильность, часто приводят к тяжелому внутреннему конфликту. Психически не переработанный аборт, особенно если супруг не причастен к нему и не несет за него ответственность, а женщина вынуждена была сделать все сама, приводит к осознанному или бессознательному конфликту и чувству вины со многими сопутствующими функциональными и психосоматическими нарушениями. Без сомнения, непредусмотренная бездетность для женщины - чрезвычайная психическая нагрузка, которая, в свою очередь, может стать основой для многих патологических психических и психосоматических реакций. При этом часто наблюдаются длительные депрессии, месяцами длящиеся резкие колебания настроения, сверхценные идеи с

аменорейными фазами, которые могут привести к ложной беременности. Психотерапевтические советы и поддержка могут быть очень полезны, но прежде всего необходимо попытаться отвлечь женщину от овладевшего ею желания иметь ребенка, указав ей на другие задачи и иной смысл жизни.

Ложная беременность

Картина личности

Описанная в прошлом психиатрами «нервная беременность», получившая затем название «ложная (мнимая, воображаемая) беременность» представляет собой наиболее яркий пример драматической психогенной соматизации. Это очень редкое в наши дни явление показывает, в какой степени и в каких границах может измениться женское тело под влиянием аутосуггестивных представлений. Мнимая беременность встречается чаще всего у одиноких, овдовевших или живущих изолированно женщин. Обычно она обусловлена только сильным желанием беременности, но в отдельных случаях наблюдается при половых контактах, переживаемых с чувством вины. В этих случаях возникает представление о беременности, которое может затем закрепляться с бредоподобной убежденностью на многие месяцы и даже годы вопреки отрицательным результатам акушерского обследования. Как и больные с истинным бредом, эти женщины не поддаются коррекции рациональными доводами. Для них характерны не только субъективные ощущения, свойственные нормальной беременно ста, такие

как плохое самочувствие, рвота, особые пристрастия в еде, ощущение тяжести в животе. Многие из них описывают даже ощущения движения ребенка в теле, наступление схваток. Наблюдаются типичное нагрубание молочных желез, пигментация вокруг сосков, иногда даже выделение молозива, в ряде случаев обнаруживаются изменения шейки матки и наружных половых органов, как это наблюдается при истинной беременности. Женщина быстро полнеет, отмечаются все внешние признаки беременности. Химические и биологические пробы на беременность остаются отрицательными.

Психотерапия

В случаях ложной беременности терапевтически вряд ли удастся найти опору для вербальной психотерапии, так как эти женщины обычно непоколебимы и твердо придерживаются своих представлений.

Успешно используются методы арт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии.

Функциональные сексуальные расстройства

Картина личности

Качество сексуальных переживаний, особенно у женщины, в большей степени зависит от психологических и социологических факторов, а не от гормонального фона (Любан-Плоцца и др., 2000).

В основе отсутствия сексуальной реактивности женщины, с психоаналитической точки зрения, лежат

глубинные невротические расстройства из прегенитальной фазы развития. С точки зрения коммуникативной теории, фригидность является выражением и следствием нарушенных межличностных отношений.

Импотенцию в свете психоаналитического подхода следует понимать как защитный механизм Я против связанных с сексуальностью страхов. Эдипова ситуация с привязанностью к матери и соперническими чувствами по отношению к отцу решалась неадекватно; это привело к фиксации данного конфликта с формированием страхов вплоть до зрелого возраста Sigusch (1975). Возникшее в качестве защиты от страха функциональное нарушение обладает «Я-стабилизирующей» функцией. Поданным Thomas (1989), сексуальное поведение нарушается только тогда, когда оно сопряжено со страхом. Он видит «исключительно тесные связи между психологическими барьерами в сексуальной области и их телесным выражением, например, эректильными дисфункциями».

Различные сексуальные нарушения связаны с дефицитом необходимой просветительской информации. Очень важными являются также принципы теории обучения, приведшие к разработке эффективных методов поведенческой терапии сексуальных нарушений. Подходы теории обучения исходят из того, что, например, сексуальное переживание могло в свое время оказаться связанным с ощущением страха, так что впоследствии возникающее сексуальное возбуждение всегда сопровождается страхом, затрудняющим нормальное

сексуальное функционирование. Так, импотенция во многих случаях обусловлена страхом перед импотенцией.

Очень важным является также коммуникационно-теоретический подход, т. к. сексуальный акт представляет собой одну из важнейших невербальных форм коммуникации в межчеловеческих отношениях, которая в особенности легко нарушается при дефектах вербальной и общей коммуникации. В отдельных случаях, впрочем, трудно определить, являются ли сексуальные нарушения следствием коммуникативных, или общее расстройство коммуникации представляет собой следствие сексуального нарушения. Здесь разговорная терапия может принести существенный эффект.

Как и прежде, большое значение имеют глубинно-психологические и психодинамические подходы, поскольку речь часто идет о вытесненных конфликтах, ведущих к комплексам, фиксирующимся в неосознаваемых сферах. Они ведут к тяжелым сексуальным нарушениям, механизмы которых больным не осознаются. Они могут быть вскрыты и обезврежены лишь в ходе психоаналитической терапии.

Представители психоаналитического направления считают, что в основе многих психологических и сексуальных проблем лежат впечатления и переживания раннего детства, вытесненные в подсознание. Поэтому психотерапия направлена на проникновение в психические процессы, происходящие на бессознательном уровне. По мнению психоаналитиков, осознание пациентом своих вытесненных инфантильных комплексов освобождает его от

нервного напряжения, позволяет лучше разобраться в собственных потребностях и эмоциях и, таким образом, способствует выздоровлению. Весьма длительная и трудоемкая психоаналитическая терапия при нарушениях сексуальных функций в чистом виде применяется редко. Чаще в ходе терапии используют отдельные методики психоанализа (метод свободных ассоциаций, толкование сновидений и т. д.), направленные на вскрытие глубинных психологических механизмов сексуальных расстройств.

Что касается аналитических проблем при функциональных сексуальных нарушениях, то ниже приводятся, по Becker (1988), важнейшие аналитические проблемы женских и мужских функциональных расстройств.

Аналитические аспекты при мужских функциональных сексуальных расстройствах:

Импотенция: страх кастрации; страх возмездия: эдипальная фиксация: постоянная конкуренция с мнимыми соперниками; страх перед агрессивными компонентами собственной сексуальности.

Ранняя эякуляция: эдипально идеализирующее отношение к женщине: не повредить, но также ничего не дать; уретральная фиксация: ничего не отдавать от себя.

Поздняя эякуляция: чувства вины делают наслаждение невозможным; нежелание отдавать из страха кастрации, при страхе потери Я, в оргастической регрессии (страх смерти).

Аналитические аспекты при женских функциональных сексуальных расстройствах:

Эдипальная фиксация: соблазняющий отец затрудняет свою замену; агрессивный отец ведет к регрессии на оральный уровень.

Проблемы женской идентичности: зависть к мужскому члену ведет к проекции фаллического всемогущества на партнера, не соответствующего идеалу.

Слабость Я: страх потери Я в оргастической регрессии (потеря контроля) ведет к страху и стыду.

Экзистенциональное направление в психотерапии делает акцент на осознаваемых психических процессах, связанных с бытием человека. Одна из наиболее известных концепций этого направления - логотерапия В. Франкла (1990). Согласно ей, утрата смысла своего существования порождает у человека ощущение духовной пустоты и безысходности (экзистенциальный вакуум), что приводит к возникновению невротических расстройств. Половая жизнь таких людей нередко превращается в постоянную борьбу за чувственное наслаждение, поскольку в сексе они видят свою последнюю отдушину, возможность хоть на время забыть о своих проблемах. Однако, чем больше человек стремится к наслаждению, тем сильнее оно от него ускользает. Происходит смещение внимания с партнера на собственные сексуальные реакции во время интимной близости, человек словно начинает подсматривать за собой и своими действиями, что нарушает автономную нервную регуляцию половой сферы и может привести к расстройствам потенции у мужчин и аноргазмии у женщин. Основная цель логотерапии заключается в том, чтобы дать

пациенту возможность вновь обрести утраченный смысл жизни и помочь реализовать его. В рамках логотерапии разработаны эффективные методики устранения сексуальных дисфункций. Например, метод «парадоксальной интенции» заключается в том, что пациента заставляют желать того, чего он больше всего боится. Так, мужчине с ускоренной эякуляцией вместо безуспешно применяемых для удлинения полового акта технических приемов и лекарств предлагают сознательным усилием воли стремиться осуществить семяизвержение с первых же фрикций. В ряде случаев это приводит к обратному результату и длительность полового акта возрастает.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: Медицина, 1996. - С.396 - 405.

Пезешкиан Н. Сексуальные расстройства

Способность сказать нет своим телом (фригидность); способность самоустраниться из конфликтной сферы сексуальности (нарушение эрекции) или быстро достигать своей цели (преждевременная эякуляция).

Определение

Фригидностью называют отсутствие сексуальной реактивности у женщины. При этом могут страдать различные фазы сексуального реактивного цикла: отсутствует потребность в сексуальной активности, нарушение физиологических реакций, как, например,

продукция вагинального секрета, отсутствие сексуальной чувствительности.

Под *Impotentia erigendi* или *Impotentia coeundi* понимают неспособность мужчины к половому акту.

Ejaculatio praecox, или преждевременное семяизвержение, - при этом речь идет о расстройстве у здорового с органической точки зрения мужчины. После наступления эрекции эякуляция происходит очень быстро.

Симптоматика

Различают первичную фригидность, при которой либидо, сексуальная возбудимость и сексуальная чувствительность отсутствуют уже с детства, и вторичную фригидность, при которой сексуальная реактивность сначала была нормальной, а затем снизилась по каким-то причинам. Пассивная способность к половым сношениям и оплодотворению, несмотря на фригидность, не утрачена.

Импотенция может возникать и различные фазы сексуального цикла, например, когда не возникает желания к сексуальной активности (либидо), когда нет эрекции или она быстро спадает, так что введение полового члена во влагалище нельзя осуществить. Импотенция лишь очень редко бывает обусловлена органическими или гормональными причинами.

Транскультурный аспект и эпидемиология

Считается, что 80 - 95 % сексуальных функциональных расстройств обусловлено психикой. Фригидность является наиболее частым нарушением у женщины, вагинизм значительно более редкое расстройство.

Исходя из результатов исследования Kinsey (1965) и Schnabl (1980) среди женщин моложе 40 лет, живущих регулярной половой жизнью, 5-10 % никогда не испытывают оргазма при коитусе, а около 50 % достигают его почти всегда.

Согласно теории Schnabl (1980), случайные нарушения эрекции возникают примерно у 30 %, а по данным Kaplan и Hanger (1979) - даже у 50 % мужчин.

Обзор литературы

Качество сексуальных переживаний, по мнению Benedeck (1964), особенно у женщины, в большей степени зависит от психологических и социологических факторов, а не от гормонального фона.

В основе отсутствия сексуальной реактивности женщины с психоаналитической точки зрения лежат глубинные невротические расстройства.

С точки зрения коммуникативной теории фригидность является выражением и следствием нарушенных межличностных отношений.

В свете психоаналитического подхода импотенцию следует понимать как защитный механизм Я против связанных с сексуальностью страхов. Эдипова ситуация с привязанностью к матери и соперническими чувствами по отношению к отцу решалась неадекватно. Это привело к фиксации данного конфликта с формированием страхов вплоть до зрелого возраста. Signsah (1975) указывает на то, что возникшее в качестве защиты от страха функциональное нарушение обладает Я-стабилизирующей

функцией. С теоретической точки зрения сексуальное поведение нарушается только тогда, когда оно сопряжено со страхом. По данным Thomas (1989), церковь считала «грешной» и сексуальность. Он видит «исключительно тесные связи между психологическими барьерами в сексуальной области и их телесным выражением, например, эректильными дисфункциями»

Если попытаться выяснить, какие факторы содержательно моделируют сексуальное поведение, то придется коснуться спектра актуальных и базовых способностей. Согласно моим исследованиям, при первичных сексуальных нарушениях центральную роль играют базовые способности (способность к любви, четыре модели для подражания), а при вторичных сексуальных расстройствах - вторичные способности (например, аккуратность, опрятность, пунктуальность, верность и т.д.).

Пословицы и народная мудрость

Держаться подальше от кого-то; не подпускать к себе; быть замкнутым (сдержанным); не доверяться; не открываться; «не прикасайся ко мне!»; объявить забастовку; оставаться холодным; шляпа (презрительно о человеке); промахнуться мимо цели; слабак (не человек, а полчеловека; хилый); «Если у тебя есть жена, то марка стоит всего лишь 50 пфеннигов».

Две подруги встретились после давней разлуки. Одна замужем, другая - нет. «Скажи, Хельга, ты все еще не выбрала себе подходящего? Все же нехорошо оставаться

постоянно одной». «Это вовсе не так уж плохо,- возражает та,- пока я жду подходящего, я развлекаюсь с другими!»

История: «Женщина как терапевт»

Одна умная женщина, муж которой никак не мог уделить ей времени и всегда оставался слеп к ее красоте, решила помочь себе сама. Однажды вечером она подвинулась поближе к мужу, зарывшемуся в свои книги. «Разве мои волосы не похожи на золото?» - начала она. Не отрываясь от книг, ее муж кивнул: «Да, ты права». Жена продолжила: «Разве мои зубы не похожи на жемчуг?» «О, да»,- был ответ. «Разве мои руки не так нежны, как утренняя прохлада? » «Еще бы, еще бы». «Разве мои ноги не так изящны, как резьба по слоновой кости?» «Конечно, конечно». «Разве мое тело не так бело, как мрамор?» «О, да. Ты говоришь правду», - ответил муж, который уже не мог сконцентрироваться на работе и все чаще поглядывал на жену. А та все продолжала: «Разве я не так стройна, как кедр?» «Да, действительно, так и есть. Жена слегка повернулась и спросила: «Разве моя фигура не похожа на китайскую вазу?» «О, да». «Разве моя грудь не так упруга, кругла и свежа, как чудесные персики?» «Так и есть», - ответил муж. Тогда жена бросилась ему на шею. «Какой ты чудесный муж! Какие замечательные слова ты говоришь!»

Аспекты самопомощи: развитие сексуальных расстройств с точки зрения позитивной психотерапии

Из промежуточного мозга, центра возбуждения ЦНС, физические и психические сигналы поступают через спинной мозг к гениталиям, и наоборот, этим же центром

воспринимаются и перерабатываются генитальные импульсы. Таким образом, удовлетворяющий и доставляющий удовольствие половой акт возможен только тогда, когда никакие негативные эмоциональные состояния не мешают этому процессу передачи возбуждения.

У людей с сексуальными проблемами, как правило, сферы тело/ощущения и контакты являются конфликтными. Расстройства в телесной сфере часто начинаются с табу и сексуальном воспитании по отношению к физическим, взаимосвязанным с сексуальностью процессам, и связанные с этим ощущения и установки вызывают глубокое недоверие.

Сфера профессия/достижения обычно бывает позитивно заполнена. Ее развитие форсируется уже в детском возрасте. Трудолюбие и хорошая успеваемость в школе поощряются любовью и признанием. Все, что лежит за пределами этой сферы, оценивается как пустое времяпрепровождение под девизом: «Лучше используй свою голову; делай что-нибудь разумное!»

Сфера контактов конфликтна. Недостаточно развита способность высказывать свое мнение, открыто и конструктивно говорить с партнером как о негативном, так и позитивном.

Страх отказа, страх разлуки и чувство вины, которые прежде всего обусловлены воспитанием, блокируют женщину.

Дискриминирующие диагнозы «фригидность», «половая холодность», «бесчувственность» еще более усиливают эти

страхи. Сексуальное расстройство воспринимается как органическая неполноценность, что опять же может вести к усугублению симптоматики.

У людей с функциональной сексуальной симптоматикой отношения между родителями часто были холодными или нейтральными. По крайней мере от детей проявления нежности скрывались. Эмоциональные проявления отвергались как «никчемные сантименты». К другим людям родители, как правило, тоже относились достаточно сдержанно. Контакты ограничивались семейной и общественной необходимостью; очень высоко ценилась утилитарность, однако тоже с учетом дистанции («три шага от тела»). В фантазиях родителей, по всей вероятности, проявлялись недостающие или подавленные эмоциональные отношения в форме недоверия, агрессии и прежде всего страха. Позитивная установка к партнеру и позитивные переживания всего организма стали в связи с такими родительскими концепциями трудно достижимыми. Часто существуют тесные связи между сексуальными переживаниями и религиозным воспитанием и установками. Односторонне понимаемая религиозность может приводить к неврозам, которые в свою очередь обуславливают возникновение сексуальных функциональных расстройств.

Вторичные и первичные способности обладают функцией оружия, защиты или предлога. Вследствие влияния очень сложных многочисленных факторов на сексуальное развитие женщины возможность

возникновения у нее расстройств больше, чем у мужчины. Сексуальное поведение также зависит не только от биологических предпосылок, гормонального фона или генитальной стимуляции. В большей степени оно зависит - и это более присуще женщине - от психологических и социокультурных факторов.

Особенно когда нарушена вербальная коммуникация между партнерами, когда понимание на «словесной почве» кажется невозможным, тогда эта «неспособность присоединиться» проявляется в телесной сфере. Женщина, которая не чувствует, что ее принимают, не станет «отдаваться». Женщина, которая не ощущает себя понимаемой и любимой, в буквальном смысле слова «закрывается изнутри». Она «не открывает себя», она «замкнута». При помощи симптоматики она невербально сообщает об этом. Посредством судорог влагалища она может буквально «задеть за живое» мужчину, она может, причиняя боль, удерживать половой член или выталкивать его из себя. Поведение так называемых фригидных женщин обычно не характеризуется активной защитой, это скорее уход в себя, попытка спрятаться от конфликтов. Таким образом, обычно после длительных неразрешенных партнерских и сексуальных проблем она устанавливает коммуникацию на телесной основе.

<http://bekhterev.spb.ru/science/confer2005/>

Федорова А.И. Психосоматическая модель формирования диспареунии

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования*

Диспареуния подразделяется на симптоматическую, являющуюся симптомом соматического заболевания, и психогенную. Психогенная диспареуния рассматривается в основном в рамках конверсионных расстройств как символический телесный симптом, имеющий смысл неприятия полового партнера или конкретных сексуальных отношений. Для конверсионной диспареунии характерно отсутствие морфологических изменений гениталий, истероформная окраска поведения пациентки, яркие, образные боли, возникновение которых связано с психотравмирующим фактором.

Диспареунию на фоне органических изменений в гениталиях традиционно считают симптоматической и относят к компетенции гинекологов. Однако среди таких пациенток можно выделить особую группу с плохо поддающейся соматической терапии диспареунией, имеющей психогенный, психосоматический механизм развития. На начальных стадиях патогенеза психосоматической диспареунии ведущую роль играет стресс, отличающийся некоторыми специфическими чертами. Патогенные факторы чаще не имеют конкретного содержания, а представлены общим нарушением ситуации, затяжным эмоциональным внутренним конфликтом. Отражению стресса в соматическом регистре способствуют

слабая половая конституция, особенности раннего развития с нарушением объектных отношений, нарушения психосексуального развития, насыщенный болевой опыт, связанный с половой сферой, высокая тревожность, чувствительность, алекситимия и склонность к ипохондрическим и депрессивным состояниям. Хронический стресс ведет к спазму мышц тазового дна, снижению порога болевой чувствительности, появлению болей при интродукции. Спазм нарушает микроциркуляцию, вызывает дистрофические процессы в гениталиях, нарушает проведение чувствительности, усиливает диспареунию. Образуется порочный круг психосоматических соотношений. Формирование матрицы долговременной памяти приводит к постепенному переходу обратимых функциональных нарушений в половых органах в необратимые структурные изменения. Клинические особенности психосоматического варианта диспареунии характеризуются ипохондрической фиксацией пациенток на функции внутренних органов, стойкостью и монотонностью болевых ощущений, поначалу несоответствием их характера анатомическим изменениям в гениталиях, преобладанием астено-вегетативных расстройств, но постепенным усилением соматического компонента, отсутствием видимой связи с психотравмирующим фактором. Терапия психосоматической диспареунии должна максимально индивидуально сочетать адекватное психотерапевтическое и соматическое лечение с учетом всех звеньев патогенеза.

Щеглова И.Ю. Клинические варианты соматоформных нарушений у пациенток с хроническими тазовыми болями. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. Том 01/№ 2/2004. <http://www.consilium-medicum.com/>

Щеглова И.Ю. Клинические варианты соматоформных нарушений у пациенток с хроническими тазовыми болями

Жалобы на боли являются одними из наиболее часто встречающихся симптомов (20–40%) при соматоформных нарушениях (S.Benjamin, 1989). Однако в литературе сравнительно мало уделяется внимания феномену хронических тазовых болей (ХТБ), в частности его значению в формировании соматоформных расстройств – СР (А.Б.Смулевич и соавт., 1992; А.С.Тиганов, 1992; Lipowski, 1990). Высокий удельный вес пациенток с синдромом ХТБ в гинекологических стационарах, диагностические и терапевтические трудности, с которыми приходится сталкиваться врачам-гинекологам в этих случаях, обуславливают актуальность изучения психопатологических аспектов хронических гениталгий и разработки эффективной лечебной тактики.

Задачей настоящего исследования является изучение клинических вариантов СР у пациенток с ХТБ, а также значения психических нарушений для прогноза исходов тазовой боли.

Материал и методы

Обследованы 260 пациенток с ХТБ в отделении оперативной гинекологии Института акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта. Для оценки психического статуса использованы клинико-психопатологический подход и экспериментально-психологические методы (опросник МНҚ, шкала Бека, опросник Спилбергера-Ханина). Интенсивность боли оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 5 баллов. У всех женщин проводили оперативные вмешательства, в ходе которых были осуществлены диагностические и лечебные мероприятия в необходимом объеме. У 76 ($29,2 \pm 8,7\%$) из них были диагностированы СР согласно исследовательским диагностическим критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Они включали СР (39 случаев, $15 \pm 2,2\%$) и ипохондрические нарушения (37 случаев, $14,2 \pm 2,2\%$). Гинекологическая патология у пациенток с СР была представлена малыми морфофункциональными формами и не объясняла всю картину дезадаптации.

Результаты исследования

Группа пациенток с СР представлена женщинами молодого возраста (средний возраст составлял $30,3 \pm 5,9$ года), служащими ($84,6 \pm 5,8\%$), большинство из которых имеют детей (32 человека, $82,1 \pm 6,1\%$), 50% из них ($51,3 \pm 8,0\%$) состоят в зарегистрированном браке.

Изучение семейного анамнеза и условий воспитания в детстве больных СР выявило у большинства пациенток отягощенность по психогенным заболеваниям и аддитивной

патологии, в том числе у половины из них по истерии у матери ($n=26$, $66,7\pm 7,5\%$) и алкоголизму у отца ($41,0\pm 7,9\%$). У 18 ($46,1\pm 8,0\%$) пациенток отмечена сексуальная травма (изнасилование, инцест, петтинг), пережитая в возрасте до 20 лет, что достоверно больше, чем в группе пациенток с ипохондрическими расстройствами ($26,9\pm 3,1\%$, $p<0,001$). У 1/3 больных в ближайшем окружении есть родственницы, страдающие полиалгиями.

Характеристика некоторых симптомов соматизированного и ипохондрического расстройств с клинической картиной ХТБ у женщин

Признаки	СР	Ипохондрическое расстройство
Соматопсихический уровень болевых ощущений	Множественные боли (полиалгии): тазовые боли сочетаются с болями другой локализации, коиталгиями Изменчивые по интенсивности С иррадиацией Сопровождаются сопутствующей вегетативной симптоматикой Психогенные по происхождению	Изолированные болевые ощущения в области таза Стойкие Локальные Без вегетативного аккомпанемента Аутохтонные
Аутопсихический уровень	Генерализованные тревожно-	Канцерофобические идеи,

болевых ощущений Фабула переживаний	фобические расстройства Озабоченность наличием тазовой боли и соматовегетатив ной симптоматики	обсессии типа "овладевающих ощущений", сверхценные идеи Озабоченность наличием нераспознанного онкологического заболевания
Характеристики идеаторной разработки болезненных проявлений	Степень разработки – низкая (нет убежденности в определенной причине ХТБ), ипохондрические опасения политематичны	Степень разработки – высокая (пациентка называет причину болей), ипохондрические опасения носят монотематичный характер
Мотивация обращения за медицинской помощью	Попытка обратить внимание окружающих на себя и свои "женские" проблемы Надежда на выздоровление, облегчение состояния	Надежда на всестороннее обследование и подтверждение собственных опасений Стремление к радикальным оперативным вмешательствам

В личностных структурах женщин с СР преобладают истерические (n=18, 46,2±8,0%) и ананкастные черты (n=11, 28,2±7,2%).

Центральное место среди симптомов, которыми представлено СР, принадлежит постоянным болевым

ощущениям в проекции тазовых органов (матки, придатков, мочевого пузыря, прямой кишки), они отмечены у всех больных. Выраженность ХТБ составила $1,9 \pm 0,9$ балла, не отличаясь достоверно от средних показателей в группе пациенток с ипохондрическими расстройствами ($1,8 \pm 0,4$ балла). У 7 ($17,9 \pm 6,1\%$) больных отмечены ощущения жжения внутри влагалища, матки, необычные выделения, которые они связывают с заражением инфекцией, будучи убежденными в неверности мужа. Однако ни в одном случае наличие воспаления или инфекции не подтверждено объективными методами. Болевые ощущения усиливаются во время полового акта, что в ряде случаев служит причиной отказа от интимной жизни.

Помимо длительной тазовой боли среди симптомов заболевания у пациенток с СР отмечены боли, локализованные в области желудка, кишечника, позвоночника, сердца, головы, а также в анамнезе – ложные беременности и парестезии в различных частях тела. Патологические ощущения сходны с симптомами соматических и гинекологических заболеваний. Гомономный характер телесных ощущений являлся поводом для обращения к различным специалистам (среднее количество обращений составило $6,6 \pm 5,6$, различия с группой ипохондрических расстройств недостоверны).

Боли носят характер психалгий: их появление и выраженность зависят от психического состояния, они непродолжительны и изменчивы, меняют локализацию.

Кроме того, они сочетаются с вегетативными и псевдоневрологическими проявлениями.

Значимое место в клинической картине СР у пациенток с ХТБ занимают коиталгии – болезненные ощущения во время полового акта, отличающиеся по модальности от ХТБ. При этом основные стратегии сексуального поведения у большинства изученных женщин с СР носят дезадаптивный характер. У части пациенток отмечено снижение условного физиологического ритма или отказ от сексуальных отношений с идеями обвинения в адрес партнера в нанесении физического ущерба. Некоторые из женщин формально “исполняют супружеский долг” и/или имитируют оргазм. Только у 4 пациенток наблюдали процесс создания нового сексуального стереотипа за счет расширения репертуара сексуальных техник.

Психические нарушения в группе СР развиваются на фоне острых и хронических психических травм семейно-сексуального характера. Ведущими переживаниями женщин с СР являются озабоченность наличием болевой и соматовегетативной симптоматики, а также неудовлетворенность эмоциональными отношениями с партнером или одиночество. Они включают как переживания собственной не востребуемости, недостатка любви, внимания к себе, идеи ревности, фрустрации вследствие высокого уровня притязаний, так и отсутствия любви к мужу/партнеру вплоть до чувств безразличия, неприязни, отвращения. Реже встречаются конфликты, связанные с изменой или асоциальным поведением

мужчины (алкоголизация, насилие, заключение) или нарушенными отношениями с другими членами семьи (свекровь, родители).

В ходе исследования учитывали не только психотравмирующее действие постоянно существующего страдания – ХТБ, но и психологические, и социальные преимущества, которые могут быть получены от болезни. Оказалось, что в группе пациенток с соматизированными нарушениями достоверно чаще, чем в группе ипохондрических расстройств, встречались женщины, которым наличие ХТБ помогало добиться любви и внимания близких (12 наблюдений, $30,8 \pm 7,4\%$), почувствовать себя в “безопасности” – слабой и опекаемой (25 наблюдений, $64,1 \pm 7,7\%$). Обращает на себя внимание тот факт, что более половины больных использовали ХТБ для решения социальных вопросов (22 наблюдения, $56,4 \pm 7,9\%$), что может свидетельствовать о менее глубоком уровне психических нарушений, более адаптивных механизмах совладания с трудной жизненной ситуацией.

Соматические симптомы изученных больных формируются на фоне генерализованных тревожных проявлений и эмоциональной лабильности.

Данные психологического обследования подтверждают полученные в процессе клинического наблюдения результаты.

У 23 (59%) больных после проведенной в послеоперационном периоде комбинированной терапии, включающей применение психофармакологических средств

и психотерапевтических методов, удалось добиться не только полного купирования психопатологической симптоматики и осознания психологических механизмов болезни, но и редукции тазовой боли. Пятилетний катамнез свидетельствует, что, несмотря на хронический характер СР у подавляющего числа больных ($69,2 \pm 7,4\%$), тазовые боли приобрели рецидивирующий характер только у 13 (33,3%) человек. В остальных случаях имели место телесные сенсации иной локализации (головные боли, боли в сердце, суставах).

Группа больных с ипохондрическими расстройствами в отличие от группы больных с СР представлена женщинами более старшего возраста (средний возраст составляет $37,7 \pm 5,6$ года). Среди пациенток с ипохондрическими расстройствами достоверно чаще, чем в группе с СР, встречаются лица с незаконченным средним образованием, рабочие, занятые физическим трудом ($21,1 \pm 6,6\%$ vs $3,9 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$). Более половины пациенток с ипохондрией одиноки ($57,9 \pm 8,0\%$), 1/3 женщин не имеют детей ($34,2 \pm 7,7\%$).

Наследственность изученных пациенток с ипохондриейотягощена алкоголизмом родителей в $73,7 \pm 0,8\%$ случаев ($n=28$), психогенными заболеваниями матери в $34,2 \pm 7,7\%$ случаев ($n=13$). У 26 ($68,4 \pm 7,5\%$) больных в ближайшем окружении есть родственники, страдающие от хронических болей.

Личностный преморбид в изученной группе женщин с ипохондрией отличается рядом акцентуированных черт.

Так, 26 ($68,4 \pm 7,5\%$) пациенток с детства отмечают склонность к ипохондрическому самоконтролю, боязливому самонаблюдению, при небольшом соматическом дискомфорте считают себя больными, указывают на психогенные абдоминалгии с раннего возраста, приводившие к многократным обследованиям. Подобные соматизированные психические реакции можно отнести к группе соматопатий (термин K.Schneider, 1928). Для 12 пациенток ($31,5 \pm 7,5\%$) характерны решительность, высокая активность в занятиях спортом и сфере социальных отношений, выносливость, требовательность к себе и окружающим. Развившиеся у них в возрасте после 30 лет патологические состояния выявляют латентную ипохондрическую стигматизацию, что позволяет применить термин “соматотония” (W.Sheldon, 1942) при описании личностных черт этих женщин.

У большинства женщин ипохондрия начинается в возрасте после 30 лет и дебютирует алгическими проявлениями в области малого таза. Однако в группе женщин с соматотоническими личностными особенностями сенесталгии возникают аутохтонно, и в дальнейшем не прослеживается связь между динамикой болевых ощущений и внешними причинами. А в группе женщин с соматопатическими личностными особенностями возникновению тазовых болей предшествуют отрицательные жизненные события, переживания одиночества и “кризиса среднего возраста”. Вместе с тем усиление болей чаще провоцируется непсихогенными

факторами: соматическими заболеваниями, переохлаждением, перегреванием – 18 (47,4±8,1%) случаев.

Особенностями патологических телесных сенсаций у пациенток с ипохондрическими нарушениями независимо от личностного преморбида являются их ограничительный, локальный характер в области проекции тазовых органов, отсутствие иррадиации боли и сопутствующих соматовегетативных проявлений.

Психические нарушения при ипохондрии формируются на фоне тревожно-депрессивного аффекта с преобладанием тревожных нарушений. На идеаторном уровне психические нарушения представлены идеями малоценности, канцерофобическими и дисморфофобическими идеями. Эти данные подтверждаются при психологическом обследовании.

Большинство пациенток с ипохондрическими расстройствами негативно относятся к приему медикаментов с целью купирования болей (34 человека, 89,5±5,0%) и используют различные формы ограничительного поведения: особые позы, положение тела, уменьшение различных видов активности (18 человек, 47,4±8,1%); 12 (31,6±7,5%) человек отрицают наличие эффекта от любого способа борьбы с болью (“ничего не помогает”) и не верят в помощь врачей. Мотивацией обращения за медицинской помощью для большинства больных является желание всестороннего обследования и

подтверждения собственных опасений, что и определяет особенности внутренней картины болезни этих пациенток.

Основные типы психологических и социальных преимуществ, которые могут быть получены от болезни, у изученных пациенток включают интрапсихические “выгоды”: желание вжиться в переживание близкого, страдавшего от хронических болей – 8 ($21,1 \pm 6,6\%$) человек, уменьшить чувство вины перед умершим родителем – 6 ($15,8 \pm 5,9\%$) человек и социальные “выгоды” (возможность не работать) – 5 ($13,1 \pm 5,5\%$) человек. Обращает на себя внимание то, что в группе практически не было женщин, которым тазовая боль помогает избежать конфликта, укрепить брак, добиться любви, иными словами, получить межличностную “выгоду” – 4 ($10,5 \pm 5,0\%$) человека.

Пятилетний катамнез показал, что пациентки с ипохондрическими нарушениями продолжали испытывать тазовые боли и, опасаясь наличия онкологического заболевания, многократно находились в стационаре с целью всестороннего обследования. Среднее число госпитализаций в группе составляет $4,6 \pm 3,8$, что достоверно чаще, чем в группе больных с СР ($2,6 \pm 1,6$, $t=3,22$, $p<0,002$). Средняя продолжительность нетрудоспособности составляет $49,9 \pm 20,1$ дня в течение года и статистически значимо превышает показатели в группе СР.

Женщины настаивали на повторных консультациях, пункциях, диагностических лапаротомиях, операциях, так как сообщение об отрицательных результатах приводило

лишь к кратковременному облегчению состояния и уменьшению тазовой боли. В дальнейшем вновь нарастала тревога, усиливались сенесталгии и возникали опасения, что “врачи не все увидели при обследовании, что после последнего тестирования появились признаки онкологического заболевания”. Среднее число инструментальных обследований у пациенток с ипохондрическими нарушениями равняется $13,6 \pm 8,1$, что почти вдвое больше, чем в группе с СР ($7,5 \pm 4,3$). Среднее число операций составило $1,6 \pm 0,8$ на 1 женщину (различия с группой с СР достоверны, $t=3,6$, $p<0,001$).

Вместе с тем большинство больных – 26 ($68,4 \pm 7,5\%$) пациенток – в процессе терапии, несмотря на длительное течение заболевания, адаптировались к болевым ощущениям. Лишь у 12 ($31,6 \pm 7,5\%$) больных тазовые боли приобретали нестерпимый, мучительный характер. Сенесталгии сохранялись неизменными в течение всего времени наблюдения, в том числе и после радикальных гинекологических операций. Стремление к инвазивным методам обследования и оперативным вмешательствам у этих женщин, на наш взгляд, можно расценивать как тенденцию к аутоагрессии. В отношении сенесталгий у этих пациенток целесообразно использовать термин “идиопатические боли” (термин G.Ladee, 1966). Их симптоматика не ограничивалась сферой соматопсихического и приобретала свойства идеаторных расстройств, обнаруживая сходство с навязчивыми нарушениями. Такого рода нарушения оцениваются в

работах А.Б.Смулевича и соавт. (1999, 2000 гг.) в рамках сверхценной ипохондрии.

Обсуждение результатов

СР выделены в самостоятельный класс психических заболеваний относительно недавно: в 1980 г. они помещены в американскую классификацию DSM-111, в 1994 г. – в МКБ-10. Объединение СР осуществлено прежде всего по признаку симптоматического сходства, что, как полагают многие авторы, не лишено эклектичности. Вместе с тем сравнительное изучение семейного анамнеза больных ХТБ с ипохондрией и СР свидетельствует о том, что среди их родственников первой линии преобладают больные неврозами и алкоголизмом – психическими нарушениями, при которых доминирует тревога. Кроме того, как показано выше, у большинства больных СР формируются на фоне тревожно-депрессивного аффекта с преобладанием тревожных нарушений, которые проявляются соматовегетативными симптомами, канцерофобическими и дисморфофобическими идеями. Это позволяет заключить, что соматоформные нарушения с алгическими проявлениями в тазовой области связаны с аффектом тревоги на этиопатогенетическом и клиническом уровнях. Наряду с этим проведенное исследование позволяет выделить ряд клинических особенностей у пациенток с ХТБ в зависимости от нозологической принадлежности симптомокомплекса. При этом в основу систематизации отличий положены представления о СР как о многоуровневых синдромах (А.Б.Смулевич и соавт., 1999).

Как видно из таблицы, вся совокупность соматоформных нарушений представлена в виде соматопсихических признаков (тазовая боль и другие телесные сенсации) и аутопсихических феноменов (сверхценные идеи, обсессивные, фобические, анксиозные), которые существенно отличаются при соматизированных и ипохондрических нарушениях.

При СР телесные сенсации носят лабильный характер и зависят от внешних воздействий. Преобладают психические травмы семейно-сексуального характера, которые определяют малоосознаваемый “выбор” системы органов – область проекции половых органов. Длительное наблюдение свидетельствует, что редукция ХТБ происходит не столько в результате излечения СР, сколько вследствие дезактуализации семейно-сексуальных дисгармоний. В противном случае тазовые боли при СР приобретают рецидивирующий характер.

В этой связи в процессе психотерапии женщин с СР мы учитывали фабулу психических травм и содержание внутриличностных конфликтов, находящих свое выражение в сексуальных дисфункциях, манипулятивный характер стратегии сексуального поведения. Мишенью психофармакологических средств являлись анксиозно-фобические нарушения, характеризующие аутопсихический уровень алгий. Кроме того, при разработке лечебной тактики обращалось внимание на явления нарушенной гемодинамики в области малого таза, что способствует развитию коиталгий.

При ипохондрических расстройствах тазовые боли носят монотонный, стойкий характер, отличаются независимостью от внешних факторов. Психотерапия в этом случае была направлена на коррекцию масштабов переживания болезни (переориентация пациентки с диагностических мероприятий на расширение способов борьбы с болью). Психофармакологические средства (транквилизаторы, антидепрессанты) использовались для снижения аффективной насыщенности канцерофобических идей. Большинство пациенток с соматопатическими личностными особенностями в процессе лечения адаптировались к болевым ощущениям и сохраняли социальную и профессиональную активность.

У женщин с соматотоническими личностными особенностями отмечена низкая эффективность лечения: тазовая боль в структуре ипохондрических нарушений приобрела тенденцию к затяжному многолетнему течению. В этом случае наиболее рациональной нам представляется корригирующая терапия нейролептиками и антидепрессантами, не вызывающими побочных действий.

Выводы

Проведенный анализ нарушений телесной сферы у больных с соматоформными нарушениями, включая характеристики тазовых болей, содержательную сторону связанных с ними переживаний, степень их систематизации и экспектации пациенток в отношении медицинской помощи, позволяют выявлять клинические

признаки, указывающие на хронизацию процесса или его лабильность, признаки, ответственные за социальную дезадаптацию, цели для лечебного воздействия. Таким образом можно повысить эффективность лечебных мероприятий и оптимизировать клинический прогноз соматизированных и ипохондрических расстройств.

Литература

1. Beck A.T. Depression inventory. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN, 1978.
2. Benjamin S. Psychological treatment of chronic pain: selected review. J Psychosomatic research 1989; 33 (2): 121–32.
3. Crown S, Crisp AH. Manual of the Midlesex Hospital Questionnaire (MHQ). London, 1970.
4. Петрова Н.Н., Кабаков А.Б., Яковенко И.А. Реабилитационные аспекты активных методов лечения больных с хронической почечной недостаточностью. Нефрология. 1997; 1 (2): 85–91.
5. Петрова Н.Н., Дмитриев А.Ю., Случевская С.Д. Сравнительный анализ качества жизни больных с нервно-психическими и соматическими расстройствами. Журн. обзрения психиатр. и мед. психол. им. Бехтерева. 1999; 2: 60–3.
6. Шишкин А.Н., Петрова Н.Н., Воловникова В.А., Мазуренко С.О. Качество жизни женщин с гипертонической болезнью в период менопаузы. Тр. Всерос. конф. с межд. участием “Исследование качества жизни в

медицине” (СПб., 4–6 июня 2000 г.). СПб.: Изд-во ВМА, 2000; с. 146–50.

7. Онущенко И.А., Петрова Н.Н., Васильев В.В. и др. Качество жизни больных остеоартрозом. Материалы юбилейной конф., посвященной 15-летию НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН. Волгоград, 16–17 мая 2000. 2000; вып. 18: 105–6.

8. Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Недошивин А.О., Варшавский С.Ю. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью. Серд. недостат. 2000; 1 (4): 148–52.

9. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ

Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине: Учеб. пособие. – М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. – 272 с.

Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Понятие о внутренней картине здоровья

Виды и критерии здоровья. Характеристика здорового человека. Обучение здоровому образу жизни.

Виды и критерии здоровья. Обычно в разговоре о здоровье выделяют три вида здоровья: физическое, психологическое и духовное.

Содержание **физического здоровья** часто связывается с понятием возраста человека. Представители разных наук сегодня говорят о биологическом, психологическом и социальном возрасте. Широко обсуждается проблема несоответствия между этими возрастами, особенно актуальна она (при принятии экспертных решений) в отношении детей, подростков и юношей. Не менее важна она и при проведении трудовых и судебно-психологических экспертиз взрослых.

Биологический возраст – это понятие, которое отражает функциональную зрелость организма, как его отдельных тканей, органов, систем, так и всего организма в целом. Для принятия решений о физическом, или биологическом, возрасте человека, а значит, и о состоянии его здоровья, в детском и юношеском возрасте используют целый ряд показателей.

Критериями биологического возраста могут быть морфологические, функциональные и биохимические показатели, диагностическая ценность которых меняется в зависимости от периода развития ребенка или юноши.

Морфологические критерии – скелетная зрелость (сроки оссификации скелета); зубная зрелость (прорезывание и смена зубов); зрелость форм тела (пропорции, телосложение); развитие вторичных и первичных половых признаков.

Функциональные критерии – показатели, отражающие зрелость центральной и вегетативной нервных систем и опорно-двигательного аппарата.

Биохимические критерии – ферментативные, гормональные и цитохимические показатели.

В практической работе пользуются так называемой зубной и половой формулами. Для оценки биологического возраста в период полового созревания учитывается развитие первичных и вторичных признаков.

Отечественные авторы пользуются следующей схемой: развитие волос в подмышечной впадине (А) и на лобке (Р), грудных желез (Ма), а также возраст наступления первой менструации (Ме). Разработана система оценок каждого параметра из этой схемы. Результаты записываются в виде формулы, для подростков мужского пола это формула А, Р, а для подростков женского пола – А, Р, Ма, Ме.

При анализе рентгенограмм, отражающих особенности окостенения и синостозов в отдельных частях скелета, пользуются сравнением со стандартными рен-

тгенограммами в специальных атласах. В литературе пока нет общепризнанной схемы для оценки степени синостозирования эпифизарных зон. Сегодня широко используют для оценки биологического возраста детей и подростков весь комплекс показателей, что позволяет говорить о степени биологической зрелости человека.

О состоянии здоровья взрослого человека можно судить по содержанию Паспорта здоровья. Именно о показателях такого паспорта пишет В.М. Дильман, предлагая свою модель интегративной медицины. Она состоит в следующем. Учитывая, что закон отклонения гомеостаза действует в трех основных гомеостатических системах организма, в возрасте 20-25 лет должны быть определены параметры состояния, прежде всего этих систем. Минимальное число таких параметров – 5:

1) масса тела, то есть содержание жира, которое косвенно может быть рассчитано по показателю роста, веса и данных измерения толщины кожно-жировых складок;

2) уровень в крови пребета- и бета-липопротеина и триглицеридов;

3) уровень холестерина и альфа-холестерина (холестерина в составе липопротеидов высокой плотности);

4) количество сахара в крови натощак и через 2 часа после приема внутрь 100 г глюкозы;

5) величина артериального давления.

Эти показатели отражают работу энергетического, адаптационного и частично репродуктивного гомеостаза.

Думается, что психолог и врач, которые работают с показателями здоровья человека, должны исходить из того, что у любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни. В этом смысле бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста – о возможностях чувствования, действия, самоотношения – является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья (ВКЗ). При этом в самой концепции, которую человек оформляет по поводу своего соответствия или несоответствия этим бытовым представлениям существенное место будет принадлежать разрешающей возможности этих переживаний: "в этом возрасте не свойственно" или "в соответствии с возрастом я должен, как все" и т.п. Возникает система установок, разрешающих или запрещающих некоторые виды психической жизни. В изучении показателей здоровья человека недостаточно ориентироваться только на научное представление о возможном соответствии или несоответствии реального "личностного профиля" человека тем данным о нормальном развитии, которые представлены той или иной научной периодизацией.

Роль и место внутренней картины здоровья в индивидуальном сознании человека – в его самоощущении и самосознании – дают возможность понять ис следования представлений о счастье в русском менталитете, проведенные И.А. Джидарьян.

В недрах национального сознания формировался нравственный тип отношения к счастью, который представляется ценной и привлекательной чертой. Его можно описать как "дистанцирование" или даже "боязнь" счастья. Как пишет И.А. Джидарьян, у людей возникает чувство психологического дискомфорта из-за того, что многие люди страдают и несчастны, в то время как тебе хорошо и ты чувствуешь себя счастливым. Возникает трудно объяснимое состояние, когда человек несчастлив своим счастьем. Эта двойственность национального сознания многократно описывалась философами, поэтами, учеными.

Стремление к счастью во всечеловеческом масштабе в то же время не мешало существовать малым радостям повседневной жизни.

И.А. Джидарьян приводит данные о том, что "доброжелательно-сочувственная тональность русского сознания к несчастью определила и свойственную русским людям откровенность в отношении к своим бедам и страданиям, которые обычно не скрываются от других. Русским людям свойственна привычка "поведать" о своих несчастьях, рассказать о своем горе, не сомневаясь при этом, что их поймут и поддержат. Мотив сочувствия глубоко укоренен в русском менталитете и в качестве некоторой общей тенденции остается в нем, бесспорно, и сейчас".

Источниками положительных эмоций в жизни, которые определяют желание жить, были (и остаются) устремленность надежд и мечтаний в будущее, поиск более

высоких идеальных оснований бытия, смысла жизни, без которого для русского сознания нет счастья.

Знание источников переживания счастье – несчастье и их особенностей для русского народа позволяет врачу и психологу построить свою работу с содержанием переживаний, отражающих внутреннюю картину здоровья человека.

Рядом отечественных авторов (А.М. Громбах, 1988; А.Ш. Тхостов, 1993; В.В. Лебединский, 1994; Б.Д. Карвасарский, 1982; и др.) представлены показатели **психического здоровья**.

Выделяются четыре группы людей с разными показателями психического здоровья.

Первая группа – совершенно здоровые. Жалоб нет.

Вторая группа – легкие функциональные нарушения, о которых говорят эпизодические жалобы астено-невротического порядка, которые обусловлены конкретной психотравмирующей ситуацией. Это связано с напряжением адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов.

Третья группа – это лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации. Стойкое проявление жалоб астено-невротического характера вне рамок психотравмирующей и трудной ситуации. Перенапряжение механизмов адаптации. В анамнезе таких людей часты токсикозы, неблагополучие беременности (сохранение), родовые травмы, микроорганические поражения, диатезы, травмы головы или

хронические инфекции (отит, дизентерия, хронический тонзиллит, болезнь Боткина).

Четвертая группа – клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации. Клинические формы нарушения адаптации, связанные с недостаточностью и поломкой механизмов адаптации. Часто у таких лиц несбалансированный вариант электроэнцефалограммы.

Заслуживает внимания то, что критерии группы психического здоровья связаны с наличием жалоб самого человека на трудности жизни среди людей, на трудности жизни с самим собой. Эти жалобы естественным образом связаны с тем мифом о здоровье, который осваивает человек в конкретных социальных условиях. Это может быть и материализация мифа о здоровье в виде определенного объекта – талисмана, в виде идеи кармы, в виде идеи спасения, идеи магии и т.п. Миф определяет и действия человека по отношению к здоровью – его конкретную заботу о своем физическом, психическом и духовном состоянии.

Роль психического здоровья человека во ВКЗ с точки зрения наблюдателя может быть описана как уровень реализации его возможностей быть человеком с учетом закономерностей, известных науке.

Критерии психического здоровья основываются на понятиях "адаптация" и "социализация" как основных закономерностях развития человека и на понятии "индивидуализация" как проявлении закономерностей индивидуальной жизни человека.

В современных работах понятие адаптации включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма – к функции пищеварения, выделения и др. Кроме того, это способность человека регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями). Пределы содержания индивидуальной адаптации существуют, но есть и общие для всех людей закономерности. Так, адаптированный человек может жить в современных ему гео-социальных условиях.

Социализация связана с тремя критериями, по которым определяется здоровье человека. Первый критерий – человек реагирует на другого человека, как на равного себе – другой такой же живой, как и Я. Второй критерий – это реакция человека на факт существования норм в отношениях между людьми, то есть выделение этих норм и стремление следовать им. Третий критерий – как человек переживает свою относительную зависимость от других людей. Существует для каждого человека необходимая мера одиночества, и если человек эту меру преступает, то он чувствует себя плохо. Мера одиночества – это возможность соотнесения места, в котором ты находишься, и собственной души. Одиночество человек начинает ощущать тогда, когда перестает осознавать, где находится его душа.

Индивидуализация или индивидуация, как говорил К.Г. Юнг, это одно из понятий, которое позволяет описывать отношение человека к самому себе. Человек сам создает в

психической жизни свои качества; человек осознает собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям.

Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и в других – это один из важнейших параметров психического здоровья.

Человек, осуществляющий индивидуализацию, может сопоставлять ее как существующую с проявлениями индивидуальности у других людей, то есть может принимать во внимание других людей. Если человек делает это, он сохраняет индивидуальность других людей и свою.

Психически здоровый человек характеризуется его возможностями адаптации, социализации и индивидуализации. Эти возможности есть у каждого человека, степень их реализации определяется социальной ситуацией развития человека – теми ежедневными условиями жизни, в которых находится место для конкретного человека, где он мог бы проявить возможности психической жизни, то есть доступные ему чувства, мысли, желания, возможности, качества Я. В социальную ситуацию обязательно входит идеал нормального человека данного общества в данный конкретный момент; конкретные нормы и правила отношений между людьми, в которых осуществляется этот идеал; в нем есть идея о ценности жизни вообще.

Итак, для наблюдателя критерии психического развития могут быть определены через меру социализации, адаптации и индивидуализации человека, меру, которая переживается самим человеком, и меру, которая может

быть принята как способ объективной оценки психического здоровья человека.

Недостаточность показателей психического здоровья для описания ВКЗ связана с тем, что любой человек потенциально обладает возможностью посмотреть на свою жизнь со стороны, то есть рефлексировать над своей жизнью в целом. Это предпосылка духовной жизни человека, которая в отличие от психической жизни состоит в том, что результатом ее является переживание жизни других людей как ценности. Главный признак духовно здорового человека состоит в том, что, воспринимая жизнь как ценность, он стремится к созданию в ней новых ценностных качеств. Существенной особенностью этого переживания является то, что состояние охватывает человека помимо его воли и индивидуальных усилий, и человек ищет его источник вне своих сил, в сферах, лежащих выше их.

Показатели **духовного здоровья** человека психолог выделяет тогда, когда сталкивается в своей работе с обоснованием человеком способов воздействия на себя и на других людей. Это проявляется прежде всего в способах поощрения и наказания и в способах прощения.

Духовное здоровье человека проявляется в его связи со всем миром, которая может выражаться в религиозных чувствах человека, в чувствах красоты и мировой гармонии, в чувствах восхищения и благоговения перед жизнью, и существует независимо от обстоятельств в чувстве постоянной радости от жизни. Радости как переживании усилий Я, как возможности осуществления жизни,

несмотря ни на что, как усилия, идущего от себя, имеющего связь с силами, превосходящими силу Я и питающими его.

Критериями духовно здорового человека могут быть: кие это могут быть идеи? Я дано мне Богом. Я – это природное качество. Я – это то, что есть у всех. Мое Я определено моими родителями. Мое Я я создал сам и т.п. Отсюда и возможные усилия по преобразованию.

2. Показатель целостности внутреннего мира, которая задается системой правил и суждений, принятых для себя человеком осознанно. Когда есть правила осознания, то внутренний мир доступен для воздействия. Наиболее типичным примером таких правил являются всем известные библейские заповеди: не убий; не укради; не лжесвидетельствуй; чти отца и мать; не прелюбодействуй; возлюби ближнего своего и другие, которые изложены в Нагорной проповеди Христа.

Критерии духовного здоровья проявляются в общении с другими людьми особым образом – в готовности отдавать, а не только брать, в готовности осуществлять тот вид эгоистического альтруизма, о котором говорил Г. Селье. Отдавать другим людям свои силы в целях устройства общей жизни.

Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, переживания, в которых раскрывается соответствие конкретному идеалу человека, и составляют содержание внутренней картины здоровья (ВКЗ) как трансцендентального целостного представления о жизни.

Характеристика здорового человека. Если наблюдать клинически за здоровыми людьми, то их можно описывать в соответствии с данными А. Маслоу как людей, обладающих особыми характеристиками, которые отличают их от других людей по следующим показателям: они удовлетворили свои потребности в безопасности, сопричастности, любви, уважении и самоуважении и поэтому могут стремиться к самоактуализации, то есть к свершению своей миссии, призвания, судьбы, стремления к единству своей личности.

Пик переживаний или пиковое переживание – это переживание идентичности, во время его человек чувствует себя более единым (целостным), чем в любое другое время, и это переживание позволяет ему все больше реализовать свою способность сливаться с миром, то есть это одновременно слияние с собой и взлет над самим собой. Это вершина сил человека, которая делает его легким и непринужденным, он чувствует себя ответственным, активным, творческим энтропом своей жизни; он свободен от страхов, сомнений, самокритики, всевозможных оков и тормозов. В это время он спонтанен, ведет себя искренне, честно, беззащитно, простодушно, он становится уверен в себе, расстаётся с сомнениями.

Пик переживаний – это вершина самости человека, он свободен от прошлого и будущего, пребывает в настоящем. Человек в это время больше, чем когда-либо, подчиняется интрапсихическим законам. Он склонен изъясняться возвышенным языком поэзии или мифов. Человек просто

существует и все, он достиг наслаждения, что означает временное прекращение стремления к наслаждению. Это завершенность красоты, совершенства, справедливости – это цель, а не средство. Это, в конечном счете, бытийное веселье, это та радость, о которой люди говорят, что они этого не заслужили.

Анализируя современные работы по влиянию стресса на внутреннюю картину здоровья, обратим внимание на то, что существование ВКЗ и ее применение основывается на том, что человеку для осуществления своей возможности быть человеком, чтобы выстоять во времена крушения духовных ценностей и идеалов, ведущего к насилию и жестокости, чтобы справиться с духотой наркотиков и алкоголизма, надо очень точно знать законы своей жизни, чтобы ориентироваться на них.

Во внутренней картине здоровья большое место отводится когнитивным (разумным) психотехническим знаниям о том, как может и должна осуществляться индивидуальная жизнь. Эти когнитивные знания дают возможность выстраивать мотивацию собственной жизни, основанную на переживании ее осуществимости как возможности реализовать свое здоровье. Именно отсутствие мотивации – это величайшая трагедия, которая разрушает все жизненные устои человека, в том числе и отсутствие мотивации к здоровому образу жизни, которое буквально преследует современного человека как отсутствие стремления к реализации своей внутренней картины здоровья.

Г. Селье в своих работах отмечает, что современный образ жизни должен учитывать реакции человека как стресс от непрерывных перемен. Это единственный выход из противоречивых суждений о добре и зле, справедливости и несправедливости. Он считает, что наше нравственное чувство заблудилось и померкло. С этим трудно не согласиться.

Обучение здоровому образу жизни. Приспособление к техническим и социальным переменам затрагивает практически все человечество. Они оказывают влияние на содержание конкретных переживаний людей по поводу своего умения жить.

Для того чтобы суметь адаптироваться в этой ситуации, люди должны изучить адаптацию и изучить стресс, чтобы представление о них вошло во внутреннюю картину здоровья как содержание переживания, регулирующее отношения между разными показателями и параметрами здоровья человека. Для этого необходимо проводить работу по обучению здоровому образу жизни, основные принципы которой вырабатываются и осуществляются в разных исследовательских проектах теоретической и практической медицины.

Главная идея, которая связана с реализацией принципов обучения здоровому образу жизни, основывается на аксиоматическом положении о том, что человек должен работать. Надо осознавать, что труд есть биологическая необходимость. Не только мышцы становятся дряблыми –

интеллект, мозг приходят в хаос, если они не используются постоянно для достойных занятий.

Если человек уверен, что он работает только ради материального достатка или положения в обществе, то у него нет будущего – только скука монотонного обеспеченного существования, что многократно описано в психологической литературе, в частности в работе Э. Фромма "Человек для себя". (В ней он характеризует подробно потребительскую ориентацию многих современных людей.) Г. Селье, анализируя возможности предотвращения дистресса, писал, обращаясь к молодым, о том, что не надо прислушиваться к соблазнительным, узко примитивным лозунгам о том, что жизнь – это не только труд, что надо работать, чтобы жить, а не жить, чтобы работать. Он отмечает, что лучший способ избежать дистресса состоит в том, чтобы избрать себе такое окружение, друзей, руководителя, которые соответствуют вашим предпочтениям, найти работу, которую вы сможете любить и уважать. Только так можно устранить нужду в постоянной, выматывающей реадаптации, которая и есть главная причина стресса.

Хочется еще раз повторить слова о том, что человек может и должен избрать себе такое окружение, которое соответствует его внутренним предпочтениям, и не полагаться на волю провидения или судьбы, а действовать самому, выбирая свой путь осознанно и целенаправленно, создавая свою жизнь.

Напряжение, которое возникает в результате этого выбора и его осуществления – жизни, основанной на любимой работе, общении с людьми, близкими по духу, приносит самое главное – вкус и аромат жизни.

Стресс – это действительно вкус и аромат жизни, так как он связан с любой деятельностью и избежать его может лишь тот, кто ничего не делает.

Мало кому приятна жизнь без дерзания, без успеха, без ошибок. Есть виды деятельности, которые обладают целебной силой и помогают удержать механизмы стресса в оптимально хорошей форме. Известно, что трудотерапия – один из самых хороших способов лечения некоторых душевных заболеваний, а постоянные упражнения мышц поддерживают бодрость и жизненный тонус. Все зависит от характера выполняемой работы и от отношения человека к ней.

Если у человека возникает длительный досуг из-за вынужденного ухода с работы, даже если он обеспечен жильем и питанием, то это не самый привлекательный образ жизни.

В медицине сейчас принято не назначать длительный постельный режим даже после операции, так как известно, что движение, активность – это лучший способ для лечения множества болезней.

Труд – главнейшая потребность человека, и вопрос не в том, следует или не следует работать, а в том, какая работа вам больше всего подходит. Работа нужна человеку для нормальной жизнедеятельности, как нужен сон, воздух,

пища, общение. Сегодня социально-экономическая ситуация в нашей стране с очевидностью подтверждает эту истину.

Если стресс связан с любым видом деятельности, то дистресс возникает не в каждом виде работы. Надо спросить себя: "Меньше работать и высвободить время для чего... для досуга или чтобы больше получать, чтобы купить... что...?" Если серьезно отнестись к этому вопросу, то на него ответить непросто.

Отличительная черта человека – человека, реализующего свою ВКЗ, состоит в том, что он стремится трудиться над улучшением своего окружения и себя. Если этого нет, то человек живет как бы против своей природы.

Г. Селье предупреждает, что надо готовиться к борьбе не только с загрязнением среды и демографическим взрывом, но и со скукой.

Он считает, что недостаточная трудовая нагрузка угрожает скукой и становится опасной. Понадобятся громадные усилия, чтобы учить массы населения тем видам профессиональной деятельности, которые связаны с творчеством, с искусством, философией, художественными промыслами, наукой, потому что нет предела только совершенствованию человеческой природы. Тогда у человека не будет побуждения оправдывать свою роль разрушителя, ниспровергателя существующих правил жизни, он сумеет преодолеть самого главного своего врага – скуку, которая является источником дистресса,

разрушающего ум человека, делая его праздным, а тело – ленивым, таким образом, тоже разрушая его.

Чаще всего люди страдают не от того, что они чего-то не имеют, а от того, что у них нет вкуса и желания что-то делать. Они находят тысячи оправдательных причин для бездеятельности, переживая, таким образом, дистресс безделия.

В своих работах Г. Селье говорит о том, что перспектива развития философии здоровья состоит в создании мощного базиса для осуществления социального прогресса. Для этого потребуются усилия многих специалистов, чтобы подготовить почву для переориентации интересов широкой публики. Философы, педагоги, психологи, экономисты, государственные деятели, средства массовой информации должны донести уроки по пониманию стресса и адаптации, их роли и места в жизни человека до каждого человека. В любом обществе есть люди, которые своим творчеством могут способствовать становлению здорового образа жизни, развитию ВКЗ у каждого человека. Это люди, которые в силу своей деятельности обладают воздействием на большое число людей, в первую очередь через СМИ.

Существует тесная связь между работой, стрессом и старением.

Старение – это итог всех стрессов, каким организм подвергался в течение жизни. Старение соответствует фазе истощения общего адаптационного синдрома, который в известном смысле представляет свернутую модель естественного старения. Главное отличие старения и

общего адаптационного синдрома в том, что последний обладает более или менее обратимыми возможностями после отдыха. Но нужно помнить, что пока человек жив, он всегда испытывает некоторую степень стресса, и хотя стресс и старение связаны, они нетождественны. И младенец и старик испытывают стресс, но новорожденный от стресса во время крика не стареет, а даже у спящего старого человека есть все признаки старости.

Уже говорилось о том, что любой стресс, особенно стресс фрустрации, оставляет необратимые биохимические последствия – накапливаются признаки старения тканей. Многие авторы говорят об износе организма. Уровень износа организма – результат стресса, а накопление необратимых изменений – это старение, которое связано с появлением необратимых пигментов старения, или, как еще говорят, шлаков.

Успешная деятельность человека не приводит к появлению шлаков и рубцов на тканях организма, наоборот, она дает чувство молодости и силы. Работа изматывает человека удручающими неудачами. Многие выдающиеся труженики во всех областях жизни прожили долго, неизбежные неудачи они преодолевали, перевес всегда был на стороне удачи. Достаточно вспомнить

Бернарда Шоу, Альберта Швейцера, Микеланджело и других. Они добивались успеха и были счастливы, трудясь и после 70, и после 90, так как они не выполняли постылую работу ради куска хлеба.

Конечно, не многим такое удастся, не многие принадлежат к творческой элите. Из их жизни для кодекса поведения, основанного на ВКЗ, можно любому человеку взять основную идею – успешно справляться с выбранной работой на своем поприще.

Философия труда, завоевания доброжелательного отношения применима к любой профессии. Умение трудиться, мастерство – это основания для гордости человека, важнейшего его переживания. Только неудачи и отсутствие цели портят удовольствие от работы, трения и вечно меняющиеся указания по ее выполнению способствуют накоплению в организме шлаков, его износу.

Трудность состоит в том, чтобы найти такую работу, которая приносит удовлетворение и ценится людьми. Человек нуждается в признании, он не может вынести бесконечных порицаний, это делает его труд изнурительным и тяжелым.

И психологам и врачам часто приходится сталкиваться с таким понятием, как долг, когда речь идет о способах создания реализации жизненного напряжения. Что такое долг и какое место он занимает в ВКЗ?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, надо определить долг как добровольно принятый человеком кодекс поведения. Главная цель этого кодекса в том, чтобы установить постоянные отношения с помощью правил, которые уважает сам человек и уважают другие люди, особенно ближние. Тут и возникает вопрос о том, кого же считать ближними, по отношению к кому человек возлагает

на себя долг и обязанность? Естественно, что невозможно завоевать сразу всеобщую любовь, интересы людей не только отличаются, но и бывают противоречивыми. Не может быть общепризнано и установлено, что такое личный долг человека и его личные обязанности. В вопросах долга и обязанностей проявляется право человека на личную свободу, на возможность сосредоточиваться или распылять свои усилия по собственному усмотрению. Оно здесь остается абсолютной нормой, то есть как бы абсолютной ценностью, поэтому ответ на вопрос, что такое долг, по отношению к кому он принимается, – это, по сути продолжение разговора о том, в чем состоят цели жизни человека, с помощью каких средств эти цели достигаются.

Естественно, что представления о целях жизни и средствах их достижения входят во ВКЗ как те конкретные психологические переменные, которые человек выделяет для концентрации сил по преобразованию своей жизни и жизни других людей.

Допустим, можно среди целей жизни человека выделить ближайшие цели, которые связаны с немедленным удовлетворением. Они даже могут не иметь отношения к будущему. Цели такого типа не сохраняются долго, они связаны с получением сиюминутного удовольствия, например вкуса пищи, вина, от прогулки, от удовлетворения чувственных желаний, решения трудной интеллектуальной задачи. Они не требуют специальной подготовки для выражения себя, как это имеет место в творческой дея-

тельности и в играх. Сама деятельность и переживание от нее в достижении этих целей совпадают.

Отдаленные цели связаны с необходимостью самоанализа человека, и каждому надо честно сказать, чего он хочет от жизни. В этих целях человек всегда выстраивает какую-то иерархию. Одна из целей главная, а другие ей подчинены. Часто независимо от конкретной формулировки цели за ней стоит завоевание любви близких. Чтобы придать смысл жизни и определенную направленность, человеку нужна возвышенная цель. Если ее нет, то жизнь начинает протекать как ситуативно обусловленное поведение – в нем нет целостности, нет переживания единства собственного Я и собственных усилий, которое характерно для здорового человека. Эта возвышенная определенная цель, если существует. У человека, обладает двумя важнейшими чертами: она требует упорного труда, и плоды этого труда не являются мимолетными, они накапливаются в течение жизни.

Во все времена истории человечества, существующие философские, религиозные, политические идеалы служили ориентиром в поисках отдаленной цели, которой человек мог бы посвятить всю свою жизнь. Цель недолговечная, как бы страстно человек к ней ни стремился, обеспечивает мотивацию лишь на короткое время, а отдаленная цель может мотивировать всю жизнь человека и при этом устранять сомнения при выборе поступков – те сомнения, которые ведут к дистрессу.

Инстинкты и эмоции человека определяют ход жизни, а разум и логика – единственный способ удостовериться, что человек правильно выбрал путь и идет по нему, не сбиваясь. Логику используют для того, чтобы достичь эмоционально избранной цели. Идеи цели могут возникать без логики, они могут прийти к человеку часто даже в неожиданный для него самого момент.

Кроме отдаленных целей у человека есть и сознательные цели. Они отличаются тем, что человек сам их формулирует, то есть осознает. Эти цели могут быть истинными и мнимыми. Истинные отвечают сущности человека, особенностям его индивидуального Я, а мнимые, ложные противоречат качествам его Я. Сознательные цели влияют на протекание стресса. Г. Селье описывает такие цели, которые влияют на течение стресса: преклонение перед сильными, которое связано с осуществлением кодексов поведения (например, семейных, политических и т.п.); цель быть сильным, добиваться безопасности через приобретение силы и власти, в глубине ее часто лежит комплекс неполноценности; цель дарить и радовать – бескорыстная филантропия как проявление научного и художественного творчества; стремление помогать, исцелять, заботиться о других и о самом себе; цель получения радости.

Все эти цели как виды мотивации взаимно перекрываются и взаимно дополняются. Но остается еще человек, которому чужды все эти цели, настоящий гедонист, человек, ищущий наслаждения, который живет только сегодняшним днем и делает только то, что приносит

удовлетворение в сию минуту. Ему в принципе все равно, от чего он получает радость.

Осознанные цели опираются не только на законы природы, но и на шкалу ценностей, существующую в обществе, поэтому они могут быть и долговременными, определяющими всю жизнь человека.

Кроме высокой сознательной цели есть еще конечная цель. Разговор о ней очень сложен. В принципе можно говорить о том, что цель жизни человека – это сама жизнь.

Найти оптимальный для себя уровень стресса для осуществления своей конечной жизненной цели и расходовать существующую адаптационную энергию так, чтобы это соответствовало врожденным особенностям и предпочтениям человека, достаточно сложно. Человеку надо сначала пройти путь выбора. При этом унаследованные внутренние факторы играют важную роль, они не только определяют оптимальный уровень стресса, но и слабость тех или иных органов, которые наиболее уязвимы при интенсивном стрессе.

У каждого человека неповторимые тело и у.м, поэтому биолог не может принять за очевидную истину заявление о том, что все люди созданы равными.

Так в нейропсихологии индивидуальных различий¹ установлено, что существует связь типов межполушарной организации мозга с субъективной оценкой здоровья: лица с левосторонними признаками асимметрии обнаруживают менее адекватную субъективную оценку состояния

адаптационных процессов. Это не социальная, а биологическая позиция.

К каким бы целям человек не стремился, связь между стрессом и достижением цели очевидна и несомненна. Об этом не стоит долго говорить: умственное напряжение и перенапряжение, неудачи, неуверенность, бесцельное существование – это самые вредоносные стрессоры, они служат причиной заболеваний: мигрени, язвенной болезни, сердечных приступов, повышенного давления, психических расстройств или просто несчастливой жизни.

Никакие цели не являются подлинной конечной целью человека, которая могла бы быть определяющей в понимании смысла и поступков человека.

У каждого человека есть свой предел – потолок адаптационных возможностей. У одних он близок к максимальному, присущему человеческой природе, для других – к минимуму человеческих возможностей.

Но и в рамках своих природных данных человек должен стремиться к высшему для себя мастерству, не к совершенству, а к высшему для себя мастерству. Стремиться к совершенству – значит заранее обречь себя на дистресс и неудачу, так как совершенство в принципе недостижимо.

Достижение высокого уровня мастерства – это то, что доступно каждому человеку как индивидуальности, это одна из целей, которая может принести расположение ближних. Возможным ориентиром могло бы быть представление человека о высшей для него цели, в свете которой могли бы быть оценены все происходящие события.

Понятие о ВКЗ непосредственно связано у человека с представлением о цели и ценности собственной жизни, о возможности следования этой цели, поэтому при обучении здоровому образу жизни, при постановке самой этой проблемы возникает вопрос о том, почему человек не воспринимает свое здоровье во ВКЗ как аксиоматически заданную его существованием, в том числе биологическим, реальность. Ответ на этот вопрос связан, думается, с тем, что в ВКЗ создаются те сознательные цели жизни, которые человек реализует.

На сегодняшний день существует несколько моделей обучения здоровому образу жизни¹, каждая из которых ориентирована на особые виды воздействия, на понимание роли и места здоровья в переживаниях человека. Остановимся кратко на этих моделях, существенно влияющих на формирование ВКЗ у человека. Первая модель – **медицинская**. Она построена на информировании людей. Часто ее еще называют когнитивной, иногда моделью ЗОП – знания, отношения, поведения. Она предполагает в качестве исходного принципа, что если человек знает о качествах поведения, отрицательно влияющих на здоровье, то он начинает воздерживаться от такого поведения. И противоположное утверждение, если он знает о чем-то полезном для здоровья, то знание об этом автоматически приведет к соответствующему поведению. На практике такой взгляд не работает, так как он слишком упрощен.

Суть **образовательной** модели обучения здоровому образу жизни в том, чтобы оказать влияние на поведение

человека в отношении своего здоровья. В основу ее легли представления о стадиях принятия решения о своем здоровье как ценности. Обычно их описывают таким образом:

1) всесторонний анализ возможного альтернативного поведения;

2) выделение всех целей, которые могут быть достигнуты, и оценка ценностей, которые связаны с совершаемым выбором;

3) тщательный анализ всех последствий, которые связаны с выполнением каждого действия;

4) поиск информации, важной для оценки возможных альтернатив;

5) оценка поступающей информации и полученных мнений экспертов, даже если они идут вразрез с тем образом действий, к которому изначально был готов принимающий решение человек;

6) повторная оценка последствий всех известных альтернатив, даже тех, которые вначале рассматривались как неподходящие, осуществляется до того, как будут приняты окончательные решения;

7) составление детального плана для осуществления поведения, учет возможного его применения в случае появления нежелательных последствий.

На основании этих шагов были осуществлены в США антитабачные программы и программа "мое тело". Смысл этих программ состоял в том, чтобы дети и юноши, работавшие по программам, создали у себя представление

о своем здоровье, чтобы у них сформировалась более стабильная ВКЗ и оказались новые возможности ее осуществления.

Работа по программам показала, что расплывчатое обещание сохранить здоровье в старости малозначимо для молодых людей, так как многие их действия, которые направлены против своего здоровья в этот момент, когда они обучаются по программе, для них имеют большее социальное значение. Например, курение выступает символом самостоятельности.

Эта модель не затрагивает глубинных представлений о здоровье в юном возрасте, так как для молодых людей здоровье выглядит как нечто само собой разумеющееся и не связанное с собственными усилиями, как данность, которая есть у человека. Изменения, связанные с процессом принятия решений, наиболее важные для молодых людей, если речь идет о формировании ВКЗ, дают возможность говорить о том, что они начинают принимать правильные решения там и тогда, когда осуществляется связь их переживаний собственного здоровья с социальными и личностными аспектами осуществления какого-то действия, направленного на реализацию ВКЗ. Это наиболее важно для них, чем связь действия или фактора (курения, наркотика, алкоголя) для их будущей болезни. Нормативные представления и идеалы, существующие в личной жизни человека, в большей степени способствуют тому, чтобы люди принимали правильные

решения по осуществлению ВКЗ, чем основания, связанные с потенциальным заболеванием человека.

Третья модель формирования здорового образа жизни – это **радикально политическая** модель. Она делает шаг дальше по сравнению с образовательной и включает содействие становлению ВКЗ, здоровому образу жизни. Она основана на том, что часто нужно изменить внешние обстоятельства, чтобы содействовать правильному принятию решения о здоровье. К таким обстоятельствам могут относиться законодательные акты, субсидии, которые могут создать среду обитания, способствующую здоровому образу жизни. С этой же моделью связана теория распространения инноваций (Э. Роджерса, Р. Шумейхера) и теория социального научения (А. Бандура).

Осуществление радикально политической модели в первую очередь связано с тем, что люди, которые выдвинули инициативу, сами же ее осуществляют на практике. Это обычно образованные и предприимчивые люди, у которых достаточно средств, чтобы осуществлять иницируемое новшество. За ними идут те, кто принимает новшество первым. Это, как правило, люди, идентифицирующие себя с инициаторами, но менее инициативные. Затем новшество принимается большинством, а после всех – отстающими. Это обычно наименее обеспеченные люди. Таким образом можно воздействовать на принятие молодыми людьми решений об осуществлении того или иного образа жизни, об осуществлении того или иного

действия, способствующего или препятствующего формированию ВКЗ.

Исследования показывают, что применение методов воздействия, основанных на этой модели, связано с механизмом идентификации молодых людей с носителями тех или иных идеалов социального поведения, которые для них являются доступными.

Следующая модель обучения здоровому образу жизни – это модель **самоусиления**. Ее суть в том, что если объединить достоверную медицинскую информацию, даваемую профилактической медицинской моделью, требуемые для принятия решений навыки, вырабатываемые образовательной моделью, и дающее психологическую поддержку окружение, поддерживающее здоровый образ жизни, обеспеченный радикально-политической моделью, то возникает модель самоусиления. Для успеха в обучении здоровому образу жизни должны быть выполнены все эти условия. Развитие во всем мире школ, способствующих пропаганде здорового образа жизни, в настоящее время способствует созданию таких условий. Однако правительства многих стран, в том числе и нашей, делают далеко не все для того, чтобы можно было говорить о создании такой среды, которая поддерживала бы у человека ВКЗ. К примеру, продолжается реклама табачных изделий, алкоголя. Это отрицательно сказывается на принятии решений об осуществлении здорового образа жизни.

Анализ современных моделей обучения здоровому образу жизни показывает, что это не простой процесс, что,

казалось бы, аксиоматическое представление о здоровье как непреходящей ценности для каждого человека не является таковым.

ВКЗ является не только результатом индивидуального бытия человека, она отражает в себе в виде символических образований те разрешающие моменты действия или запрещения на действия, которые направлены на разрушение или сохранение здоровья. Само представление о здоровом образе жизни является культурно-историческим феноменом, которое требует изучения и понимания как в работе с конкретным человеком, так и в работе с определенными возрастными и социальными группами людей.

Ивлева Е.И., Щербатых Ю.В., Макарова А.Г., Гамапчук П.В. Половые особенности структуры личностных страхов Психология и практика. Ежегодник Российского Психологического Общества.: Изд.«ДИА-пресс».- Ярославль. - 1995, С. 283-285

Ивлева Е.И., Щербатых Ю.В., Макарова А.Г., Гамапчук П.В. Половые особенности структуры личностных страхов

Страх является одной из базальных эмоций, влияющих на психику человека. Каждая личность, как правило, имеет ряд актуальных страхов, которые определяются, с одной стороны, "коллективным бессознательным", а, с другой, ее собственным жизненным опытом и пережитыми психотравмами. Интенсивность страхов может отличаться под влиянием физиологических особенностей и социальных ролей. Для проверки этого предположения был разработан

специальная анкета, содержащая шкалированных вопроса, касающихся страхов, которые может испытывать респондент по поводу тех или иных явлений (Щербатых Ю.В., Ивлева Е.И., 1998). В эту анкету были включены как широко распространенные социальные страхи (преступности, бедности, начальства), так и страхи, носящие клинический характер (выявляющие клаустрофобию, танатофобию, эрейтофобию и пр.). Нами было обследовано 239 лиц обоего пола в возрасте от 16 до 77 лет.

В целом можно отметить, что женщины достоверно выше оценивают страх по поводу большинства тем, предложенных в анкете. Суммарный средний индекс страха по обследованной женской популяции составил 4.24 ± 0.05 баллов, а по мужской - 3.49 ± 0.06 ($p < 0.001$). Наиболее значительные отличия были обнаружены по страхам перед темнотой, высотой глубиной, некоторых животных (змеи и пауков) и кладбищ, в основе которых лежат архаичные, не до конца выясненные механизмы (согласно концепции К. Юнга, определяемые "коллективным бессознательным"). Только по двум позициям индекс страха у мужчин превышал таковой у женщин индекс, определяющий уровень страхов, связанных с половой функцией, и страх по поводу агрессивного отношения к своим близким.

Следует отметить, что в соответствии с установившейся в обществе социально обусловленной ролевой функцией для женщин вообще характерно несколько завышать свой страх, а мужчинам немного принижать его. Поэтому

сравнение абсолютных показателей индексов страха не позволяет еще делать каких-то определенных оценок по роли того или иного страха в структуре массового сознания. Гораздо информативнее в этом случае сравнение ранга каждого страха у мужчин и женщин в их общей иерархии. Отличия возникают начиная с третьего места, которое у женщин занимает страх перед преступностью, а у мужчин страх перед возможными заболеваниями. Страх перед пауками и змеями занимает у женщин 4-е место, в то время, как у мужчин он находится только на 8-м. Страх перед старостью, бедностью и возможными изменениями в личной жизни приблизительно одинаково значимы для представителей обоих полов, в то время как другие опасения тревожат их по-разному. Так, страх перед кладбищами у женщин занимает 7-е место, а у мужчин - только 14-е; страх перед публичными выступлениями у женщин располагается на 9-м месте, мужчин - на 13-м. Зато мужчины гораздо больше беспокоит страх по поводу их скрытой агрессии по отношению к окружающим (7-е место), который женщины оценивают гораздо ниже (21 место). Для мужчин также гораздо более значимым является страх перед болезнями (3-е место), к которым женщины относятся более спокойно (14-е место).

Изучение иерархии страхов у лиц разного возраста позволило внести в вышеописанную картину некоторые уточнения, связанные с особенностью изменения психики людей в связи возрастом, жизненным опытом и социальным положением. Например, молодые мужчины (от 16 до 25

лет) выше оценивали свой страх перед публичными выступлениями (3-е место), чем женщины этого возраста (9-е мес), в то время, как молодые женщины выше оценивали свои страхи по отношению к войне (соответственно 2-е место у женщин и 8-е у мужчин), к темноте (18-е и 22-е места), страх перед кладбищем (10-е и 14-е места) и перед грядущим возмездием после смерти (17-е 21-е места).

Самая большая разница в рангах по этой возрастной группе обнаружилась для страха совершить агрессию по отношению к своим близким, который у молодых мужчин стоял на 10-м месте, в то время, как у юных женщин он оценивался весьма низко, занимая только 21 место.

У лиц более зрелого возраста (от 26 до 45 лет) приоритеты страхов несколько изменялись по сравнению с более молодыми людьми. Так у женщин, более высокое место в иерархии по сравнению с мужчинами занимали ей змей и пауков, темноты, высоты, кладбищ и бедности, однако у мужчин этого возраста более высокие ранги имели страхи перед грозой, начальством болезнями и своим агрессивным настроем по отношению к близким. Интересно отметить, что в предыдущей возрастной группе женщины (боялись возможности войны, чем мужчины (соответственно 2-е и 8-е), а в группе лиц от 26 до 45 лет, наоборот (4-е место среди всех страхов у них и 2-е у мужчин). Можно предположить, что воспитанные в духе "холодной войны" и политического противостояния мужчины старшего возраста в течение многих лет считали

вероятность возникновения войны более высоко, чем молодежь в настоящее время. Интересен также уменьшение ранга перед начальством с возрастом у женщин (у мужчин он переместился с 4-го на 10-е место, в то время как у женщин он остался на 5-м месте), что потому, связано с большей значимостью карьеры у мужчин. В третьей, изученной нами возрастной группе (от 45 до 66 лет) также обнаружилась своя специфика. Например, страх перед возможной войной здесь является одинаковым как у мужчин, так и у женщин (3-е место), а вот изменений в жизни больше опасались мужчины (5-е место против 12-го места). Страх смерти, кладбищ и преступности в этой возрастной группе у женщин занимал более высокие места в общем списке, а мужчины этого возраста гораздо больше боялись бедности и болезней. Женщины этого возраста гораздо больше, чем мужчины оценивали свой страх замкнутых пространств (11 место против 19-го у мужчин), зато мужчины гораздо серьезнее относились к своим страхам, связанным с половой функцией (16 место против 23-го у женщин).

<http://www.brsu.brest.by/pages/psychology/issues/>

Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья - термин или концепция?

Изменение глобальной медицинской парадигмы с патоцентрической на саноцентрическую, переход от медицины-патологии к медицине-санологии оставались бы пустым словом, благим пожеланием в отсутствие

методологических обоснований. По существу, такой переход немислим без новой медицинской идеологии точно так же, как он немислим без должного социоэкономического обеспечения. В этом плане знаменательно высказанное на страницах “Вопросов психологии” предложение А. Б. Орлова: “В 1929 г. А. Р. Лурия ввел в научный оборот термин, которому было суждено стать одним из ключевых в отечественной медицинской психологии. Я имею в виду термин “внутренняя картина болезни”. Предлагаю не менее мощный по своему содержательному потенциалу антоним, а именно - термин “внутренняя картина здоровья” [\[4; 129\]](#). Сам А. Б. Орлов оценивает это предложение как “сугубо терминологическое”.

Известное право на обсуждение этого предложения дает мне тот факт, что термин “внутренняя картина здоровья” (ВКЗ), за которым к тому времени уже стояли определенные концептуальные разработки, впервые использован мной в работе 1986 г. [\[1\]](#), теоретическое обоснование концепции ВКЗ представлено в работе 1988 г. [\[2\]](#), а несколько позже были представлены экспериментально-психологические обоснования понимания ВКЗ как семиотического пространства [\[3\]](#). И дело здесь не только в авторских приоритетах или, упаси Бог, амбициях, но в вещах, на мой взгляд, принципиальных. Показательно и ценно прежде всего то, что разные пути размышления приводят в одинаково обозначаемую общую точку; но как раз в ней, дабы не уподобляться бесконечно

ссорающимся (пока гром не грянет) демократам, и имеет смысл определиться и объединиться таким образом, чтобы потенциал предложения мог быть оптимально реализован. Этим и продиктованы мои заметки по поводу предложения А. Б. Орлова.

Прежде всего хочу отметить, что введение термина ВКЗ не является сугубо терминологической новацией. Если бы речь шла только о новом термине для обозначения старой сути, только о новом товарном знаке на старой вещи, то игра, вероятно, не стоила бы многих свеч. Даже если рассматривать ВКЗ как антоним ВКБ (внутренней картины болезни), то надо заметить, что ВКБ в том смысле, в каком ввел это понятие А. Р. Лурия, продолжая разработки Гольдшейдера, есть не термин, а концепция. Ее принципиальная новизна и продуктивность определялись, как известно, тем, что ВКБ понималась не просто как реакция личности на болезнь, аккомпанемент болезни, но как патопластический и потенциально патогенетический фактор. В концепции А. Р. Лурия ВКБ как система переживаний и понимания болезни обрела права гражданства наравне с верифицированными данными анамнеза, соматическими и параклиническими симптомами. Можно только удивляться и радоваться тому, что концепция ВКБ не стала, подобно многим другим концепциям в разных сферах науки, объектом тоталитарной инквизиции: она оставалась тем ручейком, из которого брали начало многие будущие психосоматические подходы в нашей стране, выходящие за рамки кортико-висцеральной

теории. Как бы то ни было, речь идет о судьбе концепции, а не термина, что хорошо доказывается и широко известными советскими работами, посвященными ВКБ.

Является ли ВКЗ антонимом ВКБ? Как мне представляется, нет. В патоцентрической медицине “здоровье” и “болезнь” - действительно антонимы, но патоцентрическая медицина и не нуждается в понятии о ВКЗ, - вполне достаточно ВКБ. Однако по мере перехода к представлениям о медицине-санологии концепция ВКБ становится в известном смысле тесной, требуя соотнесений уже не только с болезнью, но и со здоровьем как с полюсами континуума “здоровье - болезнь”: здоровье и болезнь перестают здесь быть антонимами, по крайней мере - только антонимами, их отношения сложнее и многозначнее. Исчерпывающие когнитивные дефиниции здоровья остаются делом будущего. Но и сегодня можно заметить, что здоровье как индивидуальная норма есть мера отклонения от физиологической, статистической и индивидуальной норм. Человек — субъект этой индивидуальной нормы - так или иначе знает (представляет себе или думает, что знает), что такое здоровье, и соотносит с этим свое актуальное состояние. Это-то целостное представление, “для-себя-знание” о здоровье мы и обозначаем как ВКЗ. Вопрос исследовательских подходов - как анализировать ВКЗ, какие аспекты, стороны, уровни в ней выделять для целей анализа и т. д.; сейчас нас интересует другое. И поскольку индивидуальная норма здоровья это флуктуирующая мера отклонения от общих

норм, то ВКЗ и ВКБ оказываются понятиями не просто сопоставляемыми, но соподчиненными. ВКБ в свете нашей концепции предстает не только как связанное с болезнью психическое новообразование, но как частный случай ВКЗ: индивидуальные вариации внешних и внутренних границ семиотического пространства ВКЗ определяют место в нем и переживание человеком своего актуального состояния как здоровья или болезни. Иными словами, ВКБ это ВКЗ в условиях болезни. Клиническая и клинико-психологическая практика приносят этому множество подтверждений. Может быть, наиболее яркий пример такого рода - трансформация латентной ипохондричности в клиническую ипохондрию. Человек считает себя больным лишь тогда, когда его переживания своего состояния не “вписываются” в картину его ВКЗ и, напротив, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что обнимают широкий круг патологических состояний. Это не может не сказываться на формировании образа жизни, своевременности обращения за помощью, ожиданиях к ней и удовлетворенности ею. ВКБ предстает как частный случай ВКЗ и в содержательном плане, ибо болезнь практически никогда не воспринимается и не переживается сама по себе, но всегда — в контексте жизненного пути личности, т. е. в соотношении со здоровьем, как оно дано в прошлом и видится в футуристическом опыте личности. Эвристическая и теоретическая ценность предлагаемой нами концепции ВКЗ состоит, таким образом, в адекватности парадигме

медицины-санологии и возможности обеспечения оптимальных подходов к решению проблем здоровья - болезни как проблем континуума человеческого бытия. В противном случае пришлось бы вводить множество новых терминов: “внутренние картины донозологических состояний”, “предболезни” и т. п.

Предлагаемая нами концепция ВКЗ позволяет подойти и к постановке проблемы индивидуальных ВКЗ и культуры здоровья. С одной стороны, наложения, пересечения, взаимодействия индивидуальных ВКЗ образуют семиотическое пространство ВКЗ в групповом и, далее, в массовом сознании, с другой - существующая культура задает определенные требования к культуре здоровья и сказывается на построении индивидуальных ВКЗ. Складывается взаимодействие этих двух сторон в саногенные или патогенные комплексы,- зависит как от системы культуры, так и от индивидуальности. Такое взаимодействие можно экспериментально отслеживать в системах “ребенок - семья”, “семья - культура”, “культура - идеология”. Разрабатываемое нами в настоящее время методическое обеспечение такого рода исследований определяется концепцией ВКЗ.

Я, безусловно, согласен с А. Б. Орловым в его высокой оценке потенциальных возможностей анализа ВКЗ. Открывающиеся при этом перспективы настолько широки, что исследования потребуют и коллективных усилий, и междисциплинарной кооперации, и, конечно, концептуальной и понятийно-терминологической

согласованности, не претендующей, впрочем, на установление единомыслия. Это возможно лишь на путях диалога, попыткой которого и является моя заметка.

Список литературы:

1. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Неврозы у детей и подростков: Тезисы докладов Всесоюзной конференции (Москва, 17-18. XIII. 1986). М., 1986. С. 74—75.

2. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида // Психогенные и психосоматические расстройства: Тезисы научной конференции 24-25. XI. 1988. Тарту, 1988. Т. 1. С. 201-204.

3. Губачев Ю. М., Каган В. Е., Якубзон А. М. Половой диморфизм переживания болезни при невротических кардиоалгофобиях // Психол. журн. 1990. Т. 11. № 5. С. 61-66.

4. Орлов А. Б. Возникновение новой психодиагностики: некоторые симптомы и тенденции // Вопр. психол. 1991. № 5. С. 129-130.

Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 02/№ 1/2001.
<http://www.consilium-medicum.com/>

Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия

В мае 1998 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Всемирную декларацию по здравоохранению, в которой все участники ассамблеи, включая Россию, признали, что здоровье и благосостояние людей являются конечной целью социального и экономического развития общества [1]. При этом подчеркнуто, что необходимо больше уделять внимание наиболее нуждающимся людям, отягощенным плохим состоянием здоровья, которые получают недостаточное медицинское обслуживание или страдают от бедности. Государства-участники ассамблеи подтвердили свои обязательства в отношении укрепления и реформирования систем здравоохранения, которые должны стать доступными населению, основываться на научных достижениях, отличаться высоким качеством помощи и ее разумной стоимостью. Указано, что государства-члены Всемирной организации здравоохранения намерены объединить усилия для реализации данных мероприятий и разработать совместную концепцию "здоровье для всех в двадцать первом столетии".

Все это говорит о серьезном внимании, которое международное сообщество готово уделять вопросам охраны здоровья населения.

В контексте сказанного следует отметить, что среди других медицинских дисциплин внимание общества к психиатрии, ее нуждам и проблемам длительное время было далеко не на первом месте. Существенных изменений в указанном

вопросе не происходит и в наши дни. Одной из основных причин такого отношения к психиатрии, ее пациентам, по-видимому, был сложившийся на протяжении длительного времени в обществе стереотип сознания, миф о неизлечимости психических заболеваний, неизбежной общественной опасности психически больных, непредсказуемости их поведения. Таким образом, в обществе была сформирована особая группа лиц, которые жили и живут до сих пор с ярлыком "сумасшедшего", "помешанного", "полоумного", "чокнутого", "завернутого" и от которых, по мнению окружающих, следовало бы держаться подальше. Известно, что последствия такого отношения для психически больных и их родственников выражались в их социальной изоляции, своеобразном отторжении обществом самих больных, различных видах дискриминации, ущемлении их прав и интересов, ощущении стыда родных и близких перед окружающими за то, что член их семьи страдает столь фатальным заболеванием, и стремлении скрывать сам факт наличия в семье психически больного. Понятно, что подобное отношение окружающих к психически больному человеку приводило к развитию у него комплекса неполноценности, ущербности и усугублению характера течения основного заболевания.

Говоря об исторических этапах формирования теоретической психиатрии и организации помощи душевнобольным, Ю.В.Каннабих особое внимание обращал на период с XVIII по начало XIX века, характеризующийся

становлением психиатрии как области медицины, введением принципов гражданской защиты душевнобольных и исключения насилия над ними. Виднейшие клиницисты разного времени (Ф.Пинель, Г.Шюле, Р.Краффт-Эбинг, Э.Крепелин, К.Клейст, О.Бумке, С.С.Корсаков, Ю.В.Каннабих, П.Б.Ганнушкин, В.П.Осипов, Т.И.Юдин и многие другие) в то же время становились и известными общественными деятелями, большое внимание уделяя проблеме совершенствования помощи душевнобольным, посвящая многие свои труды вопросам истории психиатрии и организации помощи. Они обращали внимание на необходимость защиты прав и интересов психически больных, изменения общественного мнения о психиатрии. Проводимая работа способствовала формированию так называемой общественной психиатрии. Активное развитие этого нового направления в России происходило в земский период, когда большое внимание уделялось расширению научно-исследовательской и преподавательской деятельности, привлечению внимания местных органов самоуправления к нуждам психиатрии и психически больных, организации различных форм призрения, расширению сети психиатрических лечебниц. Особую роль в этой деятельности сыграл С.С.Корсаков, который, будучи увлеченным прогрессивными идеями западных психиатров Пинеля, Конолли, Тьюка и др., придавал важное значение проведению психиатрических реформ, введению прогрессивных методов содержания и ухода за больными и считал это обязанностью каждого

психиатра. С.С.Корсаков был первым отечественным психиатром, который не только приобрел мировую известность своими работами в области клинической психиатрии, но и благодаря своей большой общественной активности стал лидером общественного психиатрического движения в России, вокруг которого объединились наиболее прогрессивные психиатры, много сил и энергии отдавшие организации больничного дела, созданию системы призрения душевнобольных. Все сказанное объясняет причину того, что описываемый период в истории русской психиатрии называют "эрой Корсакова", а самого С.С.Корсакова – русским Пинелем [2]. Прогрессивные начинания в отечественной психиатрии потребовали защиты гражданских прав больных и законодательных норм регулирования деятельности психиатрических больниц, а также земских управ, общественных Приказов, осуществляющих попечительские функции над душевнобольными. Отдельные работы, которые были написаны в тот период по вопросам психиатрического законодательства [3, 4], поражают глубиной анализа, широтой освещения проблемы, универсальностью многих выдвинутых ими положений и в последующие времена; эти работы с полным основанием могут быть отнесены к разряду фундаментальных исследований, многие аспекты которых до сих пор остаются непревзойденными по своему вкладу в отечественную психиатрию. Истинные причины успехов земской психиатрии заключались в том, что, с одной стороны,

немаловажное значение имело объединение усилий наиболее авторитетных и прогрессивных психиатров, понимающих необходимость проведения психиатрических реформ и активно реализующих их. Вместе с тем большое значение имели и те региональные условия, в которых психиатры земских губерний могли реализовывать прогрессивные идеи, используя значительно большие возможности местных органов самоуправления в сравнении с государственными методами управления лечебной деятельностью, над которыми довели больший консерватизм, инертность, бюрократические методы подхода к решению многих вопросов, различным нововведениям.

Выход психиатрической деятельности за пределы психиатрических больниц, формирование внебольничной системы помощи (психоневрологические диспансеры, система полустационарной помощи, специализированная помощь в условиях учреждений общемедицинского профиля, крупных промышленных учреждений, учебных заведений и др.) во многом способствовал изменению общественного представления о психических заболеваниях, психически больных. Создание развитой системы амбулаторной психиатрической помощи, введение в психиатрическую практику психотропных средств привело к более активному обращению населения за помощью к психиатрам, формированию новых многочисленных контингентов, отличительной особенностью которых являлось наличие психических расстройств пограничного

уровня, требовавших комплексной медикаментозной, психотерапевтической и различных видов медико-социальной помощи. Вместе с тем история российской психиатрии имела и свои отличительные особенности в плане формирования общественного отношения к этой дисциплине, к психически больным. Известно, что на протяжении нескольких десятилетий советской власти вопросы психиатрии крайне скудно освещались в средствах массовой информации. Население практически не получало сведений об основных проявлениях психических заболеваний, о достижениях современной науки и практики, которые позволяли вернуть в общество многих лиц, ранее страдавших психическими заболеваниями и расстройствами и, соответственно, выбывавших из круга социальной деятельности. Понятно, что такая ситуация сохраняла ранее сложившийся в общественном сознании стереотип о психически больном и его месте среди окружающих.

Изменению "сдержанного", а нередко, и негативного отношения общества к психиатрии, к психически больным во многом способствовали исследования последних десятилетий, которые проводились учеными разных стран в отношении социальных последствий психических заболеваний и расстройств [5]. В частности, было показано, что любое общество имеет значительные потери на макро- и микросоциальном уровнях и несет огромное бремя в связи с наличием этих расстройств. Проведение комплексных исследований показало, что, с одной стороны,

наличие психических заболеваний и расстройств в любом государстве влечет за собой огромные исчисляемые и неисчисляемые потери на уровне общества и семьи, а с другой – что с учетом масштаба названных потерь психиатрия должна быть включена в число приоритетных медицинских дисциплин, таких как сердечно-сосудистые заболевания, онкология и травматизм [6].

Не менее важную роль в изменении общественного отношения к лицам, страдающим психическими расстройствами, сыграли и общественные организации так называемых потребителей психиатрической помощи (ассоциации психически больных и их родственников, семей больных шизофренией и др.), превратившиеся в последние десятилетия в мощное, влиятельное и эффективное движение в психиатрии. Деятельность этих объединений направлена на защиту интересов и прав психически больных, их социальную поддержку, обращение внимания общества к нуждам психиатрии, психически больных и членов их семей, изменение устоявшегося стереотипа о психически больных, преодоление стигматизации в психиатрии.

Известно, что в честь даты установления статуса Всемирной организации здравоохранения (7 апреля 1948 г.) ежегодно решено отмечать Международный День здоровья. В 1959 г. темой этого Дня здоровья были избраны "Психические заболевания и психическое здоровье в современном мире" [7]. В материалах ВОЗ приводились сведения о распространенности психических заболеваний в

некоторых странах, о причинах, вызывающих эти заболевания, мероприятиях по выявлению, лечению и профилактике психических нарушений, психогигиенических мероприятиях. Основной задачей их публикации являлось привлечение внимания широких кругов населения и общественности к проблеме психического здоровья населения. Авторами публикуемых материалов были руководители ВОЗ и известнейшие психиатры (Менингер, Акоста, Кверидо, Стивенсон, Сивадон и др.), которые обращали внимание общественности и правительственных структур на масштаб проблемы, связанный с фактом психических расстройств, социально-экономические последствия, к которым они приводят, на необходимость разворачивания специализированных служб, принятия специальных программ; особое внимание населения обращалось на необходимость раннего обращения к специалистам при возникновении подозрения на наличие психического заболевания. Как видим, еще в конце 50-х годов на международном уровне подчеркивалась значимость проблемы психического здоровья населения и необходимость принятия комплексных мер по раннему выявлению, лечению и профилактике психических заболеваний.

Поддержав эту инициативу, в последующем (1992 г.) Всемирная Федерация психического здоровья предложила международной общественности ежегодно, в октябре, отмечать Всемирный День психического здоровья. Для этой

цели предлагалось принимать участие в этом движении не только специалистам, самим пациентам и их родственникам, но и правительственным и общественным структурам, всему населению. В связи с этой датой издавались тематические журналы международных психиатрических организаций и ассоциаций потребителей психиатрической помощи, специальные буклеты, брошюры, рассылались обращения в правительственные структуры и органы здравоохранения о принятии участия в этом международном движении, в электронной почте создавались специальные странички, посвященные Всемирному Дню психического здоровья.

Генеральный директор ВОЗ госпожа Брундланд приняла решение посвятить Всемирный День здоровья 2001 г. (7 апреля) проблемам психического здоровья населения. Предполагается, что этот день явится лишь первым шагом в последовательной деятельности ВОЗ в 2001 г. по освещению вопросов психического здоровья. Планируется подготовка специального Обращения по случаю Всемирного дня здоровья, проведение специальной Ассамблеи, подготовка Всемирного Доклада по проблемам здоровья и реализация других инициатив.

Первоочередной целью Всемирного дня здоровья является содействие сокращению распространенности расстройств, по поводу которых не проводится никакого лечения или оно проводится явно недостаточно: депрессивных расстройств, шизофрении, болезни Альцгеймера, наркотической зависимости, эпилепсии, умственной отсталости. В ходе

планируемых мероприятий в последующие годы планируется сосредоточить внимание на вопросах первичной профилактики и обязательного обеспечения психического благополучия.

Важной задачей в ходе проведения Дня здоровья является использование культуральных традиций и формирование эмоционального климата, способного улучшить нынешнее положение дел в сфере психического здоровья. Этот День должен стать объединяющим, способным вызвать интерес к обсуждаемой проблеме и способствовать росту популярности долгосрочных мероприятий по охране психического здоровья населения, должен создать новое отношение к этой проблеме, инициировать солидарность и поддержку в этой важной работе, развить новые взаимоотношения между людьми, способствовать росту толерантности населения к психически больным; предлагается разработка мер поощрения лицам, которые занимаются этими проблемами.

По мнению работников ВОЗ, Всемирный День здоровья представляет собой уникальную возможность привлечь внимание общества к проблеме психического здоровья, вовлечь широкие слои населения в это массовое международное движение.

В 2001 г. намечено проведение трех мероприятий ВОЗ: Всемирного Дня здоровья, Всемирной Ассамблеи здоровья, Всемирного Доклада о состоянии здоровья. В апреле, мае и июне будет проведена работа по повышению уровня осведомленности населения по проблемам психического

здоровья, по пропаганде данной проблематики (День), по разработке политических акций в обсуждаемой сфере (Ассамблея), по подготовке платформы для проведения политических акций и финансирования (Доклад). По мнению организаторов, каждое из перечисленных событий может быть рассмотрено как направленное на определенную категорию населения со специфическими целями и будет осуществлено на различных уровнях (региональном, национальном). В частности: Всемирный день здоровья должен приобрести положительное звучание, быть нацеленным на повышение уровня осведомленности населения о природе и масштабах психических расстройств, их половозрастных особенностях, воздействии на здоровье в целом и человеческое развитие. Отрицательные эффекты стигматизации и дискриминации должны быть уменьшены путем развенчания соответствующих мифов и представления открытой информации о психических заболеваниях. В частности, необходимо развеять бытующие мифы о том, что психические расстройства являются редкостью; психические расстройства являются результатом слабости человека или плохого характера; они не поражают детей и подростков; проблема психических расстройств актуальна только в развитых странах; не существует каких-либо доступных методов их лечения, технологических решений в этой области, плодотворных исследований.

Мероприятия, посвященные Всемирному Дню здоровья, должны доступно осветить проблемы психического

здоровья; необходимо подготовить соответствующие обращения к правительствам, специалистам в области здравоохранения, ООН, неправительственным организациям и частному сектору. Позитивный настрой послания должен быть построен на освещении достижений в научных исследованиях, касающихся вопросов доступности медицинских учреждений и новых технологий в области доказательной медицины, существенного прогресса в научных знаниях причинности, взаимосвязи, характеристик и профилактики проблем психического здоровья. Эти новые знания должны быть адресованы всем слоям населения, особенно не привилегированным.

Всемирная Ассамблея здоровья позволит обратиться к правительствам и нацелит министерства здравоохранения на доказательные решения, включая доступность помощи и законодательства. В связи с этим будет проведена специальная высокоспециализированная сессия.

Всемирный Доклад о состоянии здоровья должен получить авторитетный, действенный резонанс. Его целью является информация правительства, научной общественности и представителей промышленности о новых достижениях психиатрической науки, служб психического здоровья, нейронауки и обеспечение точными данными о размерах потребностей и препятствиях для успешного проведения лечения, а также другие мероприятия. Это должно послужить толчком для проведения новых исследований, нового финансирования, новых программ в целях

обеспечения адекватного, эффективного с точки зрения затрат и своевременного лечения.

Проведение перечисленных встреч и других мероприятий, нацеленных на дальнейшую мобилизацию ресурсов, запланировано с июня 2001 по июнь 2002 г. в каждом из шести регионов ВОЗ.

Предлагается провести работу по выявлению общепризнанных лидеров, которые могут оказать влияние на ход дискуссии, а также обратить внимание к обсуждаемой проблеме. Аналогичные действия возможны в каждом регионе, для их осуществления должны быть предприняты совместные усилия. Будут даны рекомендации по поводу того, какие группы населения и виды деятельности должны быть задействованы для проведения Дня здоровья и какие – для подготовки Всемирного Доклада по проблемам здоровья.

Предлагаются также виды возможной деятельности в период проведения акции: обращение Генерального и региональных директоров ВОЗ должно быть передано по радио в часы пик, а также передано по телевидению, обращения верховных национальных руководителей и Генерального Секретаря ООН, статьи в печати, пресс-конференции, проведение специальных передач по радио и телевидению, специальные заседания парламента, уличные демонстрации и благотворительные базары, мессы/службы, проповеди в церквях, мечетях, храмах, синагогах, открытые письма в печати от лица общественных деятелей, выставки

в музеях, профессиональные научные совещания, кинофестивали.

Описанная деятельность не должна быть ограничена пределами одного дня, желательно ее продлить на неделю, месяц или более длительный срок. Как видим, планируемые мероприятия направлены на то, чтобы охрана психического здоровья населения страны стала важнейшей социальной проблемой всего государства и общества в целом. Решение вопросов охраны психического здоровья должно осуществляться не только силами специалистов (психиатров, психологов и др.), Министерства здравоохранения, но и при непосредственном участии многих государственных и неправительственных органов.

10. КОНЦЕПЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине: Учеб. пособие. – М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. – 272 с.

Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология больного человека

Социальное и индивидуальное в болезни.

Психология больного человека – это особые изменения, которые вызваны его страданиями. Учитывая источники страдания и степень зависимости от них человека, можно выделить разные виды заболеваний. Разделим их условно на два вида – хронические и острые.

Хронические заболевания протекают длительно и связаны с перестройкой всей жизни человека. Острые заболевания кратковременны и не всегда имеют фатальное значение для реорганизации жизни человека. Они могут повлиять на жизнь человека только своими последствиями. Например, травма может изменить строение тела человека: воздействие на тело было кратковременным, а последствия его могут повлиять на всю жизнь. Человек, который болен почечной недостаточностью или имеет болезнь сердца, чувствует себя совсем иначе по тем последствиям, которые вызывает у него болезнь.

Анализ тех психических изменений, которые связаны с болезнью, показывает, что их содержание определяется соотношениями ВКЗ человека и его ВКБ, которая будет

функционировать в разные периоды его болезни, в разных видах заболевания.

Болезнь как страдание человека имеет как социальное, так и индивидуальное содержание.

Индивидуальное содержание болезни связано с возможностью переносить страдания, с возможностью устанавливать отношения с другими людьми по поводу переживаемого или пережитого страдания. Таким образом, на уровне индивидуального содержания болезнь связана с установлением межличностных отношений и отношения к самому себе. Качество этих отношений будет определяться соотношением ВКЗ и ВКБ, которые существуют как в индивидуальной жизни человека, так и транслируются в межличностных отношениях как представление о телесности, как представление о символической функции тела, которое объединяет людей одной культуры или конкретной ситуации совместной деятельности.

Социальное содержание болезни прежде всего связано с необходимостью для других людей, которые не являются носителями болезни, заботиться о больном человеке, то есть как бы распределять между собой и больным человеком степень ответственности за характер и течение его болезни, за жизнь человека, переживающего страдание. Лечение болезни как избавление от страдания может быть предметом взаимодействия разных людей, как самого больного – страдающего, так и других людей, в профессиональные обязанности которых входит облегчение страданий. Это могут быть врачи, социальные работники,

парламентарии, представители СМИ или научные сотрудники, занятые разработкой медицинских проблем, или представители промышленности, выпускающей медтехнику или предметы гигиены и ухода за больными.

Таким образом, социальная забота, социальное внимание к болезни может стать содержанием собственных переживаний, так как в лице представителей этих профессий прямо или опосредованно (через продукты их деятельности) человек получает социальное внимание, благодаря которому с него снимается та степень ответственности за течение болезни, которую он не может нести сам.

Страдающий человек через видимое проявление своего страдания получает возможность воздействия на очень большие группы людей, что может привести к манипулированию другими с целью снять с себя некоторую ответственность за преодоление своего страдания. У больного может быть оправдательный мотив манипулирования¹, состоящий в возведении собственного страдания в ранг добродетели, требующей особых знаков внимания со стороны других людей. Возможности манипулирования используются теми больными, которые реализуют в ВКБ концепцию сверхценности своего страдания по отношению ко всем другим мотивам существования, то есть подменяют все цели жизни, которые возможны для реализации, только одной целью – целью потребления социального внимания как

обязательного реагирования других людей на собственное существование.

Исследования ВКБ, которые осуществлялись в отечественной и зарубежной психологии, показывают, что она как механизм иерархии тех мотивов и ценностей, которые реализует человек, существенным образом зависит от того идеала здоровья (ВКЗ), на который ориентируется человек.

Показано, что ВКЗ у пожилых и молодых людей может существенно меняться или даже разрушаться, замещаться совсем несхожей. При неврозах, например, происходит вытеснение ВКЗ и наблюдается всем известное явление "ухода в болезнь", подавление идеала здоровья. Такой "уход в болезнь" при определенных социальных условиях является адаптивной реакцией, так как обеспечивает человеку внимание, помощь и поддержку со стороны других людей.

Наблюдаются и другие ситуации, когда проявляется доминирование ВКЗ над ВКБ. Это как вариант анозогнозии, когда образ здоровья становится доминирующим, а динамический образ болезни не формируется или вытесняется. Если воспользоваться классификацией типов реагирования на болезнь, в частности той, которую предлагают Р. Конечный и М. Боухал, то можно с ее помощью описать еще такие варианты реакций, как типы отношений к болезни:

- нормальное (соответствует объективной тяжести болезни);
- пренебрежительное (недооценка тяжести болезни);

- отрицающее (игнорирование факта болезни);
- нозофобное (имеет место понимание того, что опасения преувеличены, но преодолеть своих опасений больной сам не может);
- ипохондрическое (уже упомянутый уход в болезнь);
- нозофильное (больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от обязанностей);
- утилитарное (получение выгоды от болезни – моральной или материальной).

Каждый из этих вариантов воплощается в поведении и системе установок, ценностей, ожиданий человека, в готовности и возможности сотрудничать с врачом по преодолению болезни, вести внутренний диалог для создания отношения к своей болезни.

К отличительным чертам ВКБ относятся подвижность ее элементов и существование в самой структуре конкурирующих моделей. Отдельные компоненты ВКБ могут возникать и исчезать, перестраиваться, вытесняться. Параметры ВКБ можно не только выделять, но и дифференцировать.

Патологическое развитие ВКБ может быть связано как с церебральной патологией, так и с информационными искажениями на личностном уровне. Для развития заболевания не исключен вариант и адекватного формирования ВКБ, которую человек контролирует сознательно.

Случается и так, что ВКБ становится доминирующим, автономным образованием сознания и определяет

поведение человека: ВКБ перестает выполнять адаптационную функцию и становится источником стресса. Она способствует развитию тревоги и вытесняет все ценности человека, сама становясь сверхценностью. В этом случае можно говорить о нозогностической информации по данному заболеванию. Обычно человек всегда открыт для этой информации, так как переживания страдания никогда не бывают бесценными. Люди отличаются только порогами чувствительности, на которые влияет и самочувствие человека, и уровень его внушаемости, и уровень самовнушения, и общая тревожность, и состояние функциональных систем. Эти пороги регулируются системой интерцентральных отношений мозга, таким образом, существует как бы двойная обусловленность и регуляция нозогностических порогов: нейрофизиологическая – церебральная и психологическая или, точнее, социально-психологическая. Нейрофизиологические пороги определяются работой мозга, а социально-психологические – межличностными отношениями человека и его отношением к себе.

Динамика психической жизни при хронических заболеваниях. Изучение личности больного человека, которое представлено в работах отечественных и зарубежных психологов (Б. В. Зейгарник, К. Ясперса, Б.Д. Карвасарского, В.Х. Кандинского и их учеников), говорит о том, что в основе психической жизни больного лежат те же закономерности, что и у здорового человека. Психическая жизнь человека меняется не потому, что при болезнях

мозга и при других заболеваниях начинают действовать другие психические механизмы, а потому, что те же механизмы действуют в особых условиях, которые вызваны и изменены болезнью. Болезнь лишь биологическая предпосылка изменения личности.

В работах отечественных психологов сформировался ряд критериев, по которым оцениваются изменения личности больного. Так как они влияют на содержание ВКБ, назовем их. Это следующие пять критериев:

1) изменение содержания ведущего (главного) мотива деятельности, формируется новый мотив, например патологическая деятельность голодания при апо-рексии;

2) замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого мотива, например мотив самообслуживания при ипохондрии;

3) снижение уровня опосредованности деятельности, то есть деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется;

4) сужение основного круга отношений человека с миром, обеднение мотивов;

5) нарушение степени критичности и снижение уровня самоконтроля.

Клинические формы изменения личности носят самый разнообразный характер. Они могут проявляться как изменение эмоций – депрессия или эйфория; в виде нарушения эмоциональной сферы – апатия, бездушность; в виде изменения отношения к себе и к окружающим – ослабление критики, подконтрольности;

в виде нарушения активности – аспонтанность. У соматических больных может наблюдаться нарастание эгоцентрического содержания ведущего мотива, особенно при ипохондрических нарушениях личности. Своеобразием структуры мотивационной сферы может быть жесткая подчиненность ее одному мотиву – мотиву переживания страдания.

Можно ли говорить о развитии, если иметь в виду изменение личности больного человека? В одних случаях нет, так как изменения не связаны с усложнением деятельности, а наоборот, ведут к ее оскудению и способствуют деградации личности. При изменении в структуре личности у ипохондрика можно наблюдать хотя и усложненную, но не обогащенную, а упрощенную психическую жизнь.

Возможен и другой вариант – вариант подлинного развития, когда человек пытается преодолеть тяжелую болезнь, не замыкается в себе, не порывает связь с миром, использует все компенсаторные возможности для установления контакта с другими людьми.

ВКБ становится тем новообразованием в психике, в структуре которого отражается весь процесс перестройки психической жизни заболевшего хронической соматической болезнью человека. Динамика мотивационного уровня ВКБ при таком заболевании соответствует изменению личности, которое заключается в создании нового ведущего мотива – мотива жизни и постепенном переподчинении ему других мотивов.

Таким мотивом чаще всего у больных людей становится мотив сохранения жизни как таковой. На начальной стадии заболевания этот мотив еще не является главным, он актуализируется только в периоды обострения состояния. В эти периоды больной начинает обследоваться, ограничивает свою жизнь, вырабатывает новые для себя правила жизни. В структуре ВКБ преобладает в это время эмоциональный уровень – страх, тревога по поводу возможного лечения, люди хотят оттянуть его начало всеми способами – стремятся к выписке из больницы, желают вернуться к прежнему образу жизни. Болезнь характеризуется как препятствие на пути достижения более "важных" жизненных целей, чем забота о своем здоровье, которая в это время является не ведущим мотивом, а только средством для осуществления привычной деятельности – работы, учебы, семейной жизни. Ситуационный мотив сохранения жизни еще не является смыслообразующим, ведущим.

При переходе к лечению у хронических больных наблюдается изменение эмоционального состояния, которое резко выражено у больных с неадекватной моделью ожидаемых результатов лечения. Резко меняется настроение и поведение, сужается сфера их интересов, они часто полностью погружаются в болезненное состояние, становятся раздражительными и конфликтными, отрицательно относятся ко всем видам обследования. Все поведение людей, лечащих и обслуживающих их, начинает оцениваться с позиции того, помогает это лечению или нет.

Это начало перестройки мотивационной сферы личности, выдвижение в качестве главного мотива – мотива сохранения жизни. В работах по изучению ВКБ подчеркивается, что первым сигналом такой перестройки является появление нового по качеству эмоционального состояния. Объективно изменившееся положение человека в мире, в конкретной социальной среде еще не вполне осознано человеком, но это новое положение – хронически больного человека. Оно находит отражение в эмоциональной реакции на ситуацию в целом. Это уже сигнал о том, что жизненные цели не могут быть такими, как до болезни. Болезнь начинает выступать как препятствие на пути реализации целей.

Таким образом, эмоции сигнализируют о необходимости перестройки мотивационной сферы, где мотив сохранения жизни в силу его значимости выделяется очень быстро и становится главным, подчиняя все другие мотивы.

В последующем меняется вся система отношений больного: значимыми становятся те события, которые соответствуют этому мотиву, а все остальные обесцениваются. Меняются и критерии оценки других людей, в том числе медперсонала и всей ситуации лечения. Пока мотив сохранения жизни не был главным, в качестве критерия оценки были скорее личностные качества персонала, но когда этот мотив становится доминирующим, то в первую очередь оцениваются профессиональные качества лечащего и обслуживающего персонала. Все привычные для больного формы деятельности, сложившиеся в

преморбиде, начинают наполняться новым смыслом. Работа может стать способом отвлечения от болезни, занятие спортом – лечением, а чтение – заполнением свободного времени.

Мотив сохранения жизни в это время может вступать в противоречие с ранее действовавшими мотивами: если они не могут быть включены в него, то они теряют свою силу и смысл для человека. Круг деятельности человека сужается, она уже имеет не много мотивов, а мотивируется только сохранением жизни. За счет этого беднеют связи с внешним миром, с ближайшим социальным окружением.

В психологической литературе неоднократно описано сужение круга общения, пассивность больных с тяжелыми соматическими заболеваниями, что обусловлено сужением круга актуальной мотивации. Доминирование мотива сохранения жизни меняет всю картину мира больного человека, систему его отношений и ценностей. Часто это связано с возрастанием эгоистической фиксации на себе. Больные становятся более равнодушными к близким людям, менее отзывчивыми на события внешнего мира. Наблюдается снижение жизненной активности, если она противоречит мотиву сохранения жизни. Появляются самые разные типы "уходов" – в болезнь, в семью, в работу, которые по сути являются разными формами замещения одних целей другими.

В ходе лечения может произойти перестройка мотивационной сферы, появятся новые мотивы, но мотив сохранения жизни изначально приводит к появлению новой

деятельности по сохранению здоровья, по контролю за его состоянием. На начальных этапах заболевания такой контроль не всегда бывает систематическим и он подчинен цели вернуться к труду. Но впоследствии контроль за своим состоянием может стать смыслом жизни больного.

Преморбидные особенности личности больного определяют содержание деятельности по сохранению здоровья. Если до болезни смысл жизни человека был связан с работой, которой он лишился из-за недуга, то происходит утрата смысла жизни. Резко сужаются интересы, больной долго лежит в постели, пассивен, мало читает, погружен в свое состояние.

Вместе с изменением мотивов меняется и временная перспектива: больных интересуют только ближайшие цели, они живут одним днем, дальние события (как прошлого, так и будущего) их не интересуют. Смещенность интересов на события настоящего времени способствует снижению тревоги за неопределенное будущее и имеет защитный характер.

Это наиболее типичное изменение мотивации у больных хроническими соматическими заболеваниями, несущими витальную угрозу.

Однако такая тенденция наблюдается и у больных с заболеваниями, которые не угрожают жизни. Подробно изучено течение псориаза – хронической болезни, носящей соматический характер и искажающей тело человека (косметические дефекты). Исследование показало, что характер мотивации во ВКБ определяется восприятием

дефекта самим человеком и его представлением о том, как воспринимают дефект другие люди. Больным часто кажется, что окружающие отрицательно воспринимают их дефект, считают его инфекционным. Больные ограничивают общение, особенно во время обострения, скрывают свой дефект, маскируя его. Это приводит к аутизации их поведения, возникает повышенный интерес к своей внешности, перестраиваются отношения с окружающими.

Бедность общения, неумение общаться и трудности с ним связанные приводят к конфликтам. Конфликты основаны на страхе общения, на опасении быть непонятым и непринятым. На фоне психических и физических (зуд) страданий развиваются психосоматические расстройства – снижается аппетит, ухудшается сон, изменяется эмоциональное состояние – больные не в состоянии сдерживать себя, особенно в периоды обострения. Нервность сохраняется как характерологическая черта личности.

Социальная адаптация таких больных затруднена, возникают сложности в семейной и трудовой жизни.

Перестраивается иерархия мотивов – ведущим становится мотив выздоровления. Этим определяется вся жизнь, другие цели перестают существовать как значимые.

Болезненный процесс развивается по так называемой психосоматической спирали: соматические нарушения вызывают трудности в социальной адаптации, а

переживание неудовлетворенности в связи с этим способствует ухудшению соматического состояния.

Трудности, вызванные заболеванием, приводят к актуализации защитных механизмов личности, к вытеснению неприятных переживаний, связанных с болезнью, использованию компенсаторных приемов для уменьшения дефектов внешности. Действие защитных механизмов помогает адаптации к болезни.

Особенно остро болезнь переживается подростками, когда оценка внешности очень важна. С возрастом происходит адаптация к заболеванию. В структуре ВКБ тогда выдвигается на первый план не эмоциональный, а мотивационный компонент, но это бывает далеко не всегда и связано с преморбидными особенностями личности.

Изучение смысла нейродермита в контексте семейных взаимоотношений показывает, что это классическое психосоматическое заболевание, и его динамику определяют психогенные факторы. Одним из важнейших психогенных факторов является значение болезни ребенка для всей семьи, благодаря ей семья может решить свои проблемы через включенность болезни в мотивационную структуру всех членов семьи. За счет болезни ребенка создаются искаженные формы удовлетворения базисных, главных, ведущих потребностей членов семьи.

В ходе исследования были выявлены гипотетические варианты смысла болезни в контексте семейных взаимоотношений. Их содержание позволяет обсуждать

возможное происхождение преморбидных качеств личности.

Первый вариант – болезнь является способом заполнения эмоционального дефицита в общении родителей и ребенка.

Второй вариант характеризуется тем, что в структуре семейного взаимодействия болезнь становится способом поддержания симбиотических взаимоотношений ребенка и матери.

Третий вариант – для матери это способ уйти от контакта с неприятным для нее ребенком, а для ребенка – это возможный единственный способ общения, хотя он чувствует себя покинутым, все-таки стремится любить и быть любимым матерью.

Четвертый вариант – болезнь не обладает "условной желательностью" ни для ребенка, ни для матери.

Пятый вариант состоит в том, что ребенок находит способы компенсации опосредованного болезнью отношения матери к нему, то есть у ребенка отсутствует значимость болезни для него, фиксация на ней, что и является благоприятным для динамики течения заболевания в процессе лечения.

Выраженная реакция на болезнь и связанные с этим конфликты, прежде всего межличностные и внутриличностные, могут корректироваться при развитой системе мотивации и адекватной критичной самооценке. Однако нейродермит – заболевание хроническое, часто проявляется в раннем возрасте, в связи с чем возникают

сложности организации психотерапевтической помощи, так как ее применение желательно до начала развития ВКБ как новообразования личности.

Описанные выше мотивационные изменения реже возникают у лиц со сложной, полимотивированной деятельностью в преморбиде.

Таким образом, анализ психической деятельности больных с соматическими заболеваниями открывает перед исследователями широкий спектр противоречий в развитии человека, отражающих особенности психической жизни больного человека. Перечислим их: это противоречие между энергетической и содержательной стороной деятельности (сила есть, но она может тратиться впустую); противоречие между операциональными возможностями деятельности и смысловыми, личностными (могу, но не буду, не хочу); противоречие между смыслообразующими и реально действующими мотивами (знаю, что нельзя, но очень хочется); противоречие между наличными возможностями деятельности и ее реализацией в будущем (сейчас не могу и никогда не смогу или, наоборот, сейчас могу и всегда буду уметь это делать); противоречия между отражением актуального состояния во ВКБ и перспективами его развития (я сейчас себя чувствую плохо, хуже уже быть не может). Изучение этих противоречий помогает построить модель ВКБ при осуществлении психодиагностики и при проведении психотерапевтической работы.

Мельченко Н.И. Клиническая психология. – Самара: Сам ГМУ, 2002. – 584 с.

Мельченко Н.И. Роль и статус больного в обществе

В любом обществе больной обладает особыми правами и сниженной степенью ответственности перед обществом. Его статус определяется правами и обязанностями, тесным образом связанными между собой. Во-первых, болезнь освобождает от профессиональной деятельности и ответственности, больной получает лист временной нетрудоспособности. Во-вторых, больничный лист дает право на помощь общества. Правом получения медицинской помощи пользуются все категории лиц (заключенные, военнопленные и т.д.). Это право закреплено в конституции. В-третьих, в зависимости от тяжести соматического страдания внутри контингента больных, если речь идет об оказании помощи в условиях массового поражения населения (войны, эпидемии, стихийные бедствия), очередность ее оказания определяется тяжестью состояния.

Кроме прав у больного есть обязанности. Первая и основная обязанность больного - стремиться к выздоровлению, активному сотрудничеству с врачом. "Если больной не виновен в болезни, то, по крайней мере, виновен в потере веры в выздоровление," - считает общество. Если больной не хочет выздоравливать, т.е. лечиться, общество отказывает ему в социальном статусе больного (например, в выдаче больничного листа). Существуют особые условия

выписки из стационара за нарушение режима лечения. Официальным подтверждением болезни является визит к врачу и установление диагноза, без чего пациент не получит больничный лист и не приобретет официальный статус больного.

Вторая обязанность больного касается случаев так называемых особых болезней, страдающих которыми общество принуждает лечиться (СПИД, особо опасные инфекции, некоторые формы психических заболеваний).

И наконец, третья - поскольку больной обязан выздороветь, он обязан сотрудничать с врачом: подвергаться неприятным и порой болезненным процедурам, принимать лекарства - в медицине это называется деонтологией (должным поведением) больного. Если больной отказывается от этой обязанности, то врач (психолог) чувствует себя незаслуженно ущемленным в своих правах и проявляет завуалированную агрессию по отношению к больному, фрустрирующему его чувство профессионального самоуважения.

Психологические факторы, определяющие эффективность лечения (Ташлыков В.А.)

Неспецифические:

1. Ожидания пациента. Они могут носить реалистический или мифологический характер. Если они нереалистичны, то очень важно провести переориентацию пациента в нужном для процесса лечения направлении.

Как уже было сказано, ожидания пациента часто выражаются в возникновении плацебо-эффекта по

механизму опосредованного внушения. Зависимые пациенты, склонные к передаче ответственности, опеке, получая это от лечащего коллектива, освобождаются от тревоги, и уже в первые дни лечения у них отмечается снижение субъективных проявлений болезни (боли, жалоб, вегетососудистых нарушений, обусловленных страхом и беспомощностью), т.е. отмечается положительный плацебо-эффект, обусловленный чисто психологическими факторами. Однако плацебо-эффект, связанный с началом терапии, быстро истощается и идет на убыль. Продолжительность плацебо-эффекта зависит от характера терапевтической среды и поведения медицинских работников. В.А. Ташлыков описывает "выписной" плацебо-эффект невротиков, у которых перед выпиской происходит "возвращение" симптоматики вследствие опасения вернуться в неблагоприятную семейную или производственную обстановку. Если в комплексном психотерапевтическом воздействии эти факторы "внешней среды" не учитывались, не проводилась работа с семьей, не разбирались аспекты будущей трудовой деятельности пациента, то "выписной" эффект обязательно имел место.

Отрицательный плацебо-эффект на лекарственные средства может быть обусловлен неправильной информацией. Негативное отношение к фармакотерапии может крайне затруднить работу врача, даже исказить истинное действие препарата. В этом случае уместно позитивное информирование пациента о препарате, своевременное предупреждение о возможных побочных

действиях. Кроме того, реакция пациента на лекарственную терапию может быть тонким индикатором эмоционального взаимоотношения с врачом. По словам М. Балинта, "врач - сам лекарство... и в своем поведении должен быть свободен от побочных эффектов". Прием больным лекарства - это не просто введение препарата в организм, а сложный акт взаимодействия больного с врачом.

2. Уровень информированности пациента о заболевании. Перед "входом в болезнь" пациент испытывает повышенную тревогу. Болезнь порождает страх перед неизвестностью. Часто, испытывая негативные чувства, пациент не высказывает их в беседе с врачом, боясь услышать подтверждение собственных опасений. Поэтому очень важной психологической задачей является создание безопасного психологического пространства и атмосферы доверия, в которой пациент может свободно поделиться своими сомнениями. Информирование о болезни должно проводиться с учетом индивидуально-психологических особенностей личности. Врачу важно знать стрессоустойчивость пациента, тип и способы его психической защиты. Необходимо с надлежащей долей оптимизма, избегая специальной профессиональной терминологии, не запугивая и не утрируя тяжести происходящего, дать пациенту информацию о причине возникновения у него данной болезни, особенно подчеркнув значение лечения. Если речь идет об особо неблагоприятном прогнозе, то диагноз, как правило,

полностью не сообщается больному. Иногда речь идет о "замещающем диагнозе", когда говорится "правда, но не вся", а та, которая соответствует психологической ситуации пациента. В большей степени врач информирует такого пациента об эффективности правильно проводимой терапии для повышения мотивации к сотрудничеству и лечению. Психологический эффект возрастает в условиях групповой работы с кругом аналогичных пациентов (начинает действовать психологический закон разделения опасности: "я не одинок"). Необходимо правильно проводить психологический отбор больных при палатном размещении для профилактики эгрогогенных влияний. При проведении групповой работы важно включать в "группу поддержки" больных с аналогичным диагнозом, имеющих позитивный результат терапии. В группу поддержки включают и выписанных пациентов, которые специально приходят в стационар оказывать такую же психологическую помощь, какую получили сами.

Информация о тяжелой болезни должна быть дозированной. Одним из источников информационной ятрогении является поспешное сообщение больному предположительного диагноза, еще не подтвержденных данных. Правильная, дозированная, ориентированная на мобилизацию к сотрудничеству информация - необходимое условие безопасного психологического климата и позитивного настроения пациента на лечение. Полезно добиваться "лечебной перспективы", чтобы пациент видел

позитивный эффект терапии, те новые рубежи, к которым он идет.

Очень важен контроль за информационным процессом с помощью обратной связи, которую можно получить, используя следующие приемы в беседе с пациентом, особенно на завершающем этапе визита: суммирование ("что вы почерпнули из сказанного мной?"); постановка открытого вопроса, приглашающего к диалогу; выход на перспективу ("что вы собираетесь делать с этой информацией?", "как вы будете ее использовать?").

3. Эмоциональная поддержка, оказываемая лечащим коллективом. Эмоциональная поддержка - это умение показать пациенту, что его полностью принимают как личность, разделяют его трудности и понимают его переживания. Профессионально важным качеством врача является эмпатия - способность почувствовать и понять переживания другого. Особое значение в иерархии психологического мастерства имеет владение смещением фокуса, умение видеть не только поведение и сигналы пациента, но и наблюдать свои реакции, видеть себя со стороны "глазами пациента", контролируя свои высказывания, интонации, мимику, взгляд.

Эмоциональную поддержку не надо путать со сверхидентификацией с пациентом, которая часто имеет место у молодых специалистов. Эмоциональная поддержка не исключает критики (не личности пациента, а его поведения), иногда необходимой конфронтации. Вовремя проведенный критический анализ повышает самооценку,

делает человека сильнее, укрепляет его активную позицию. Это, конечно, не относится к тяжелому или умирающему больному - здесь конфронтация недопустима. Основная задача при психологической работе с таким пациентом - показать его значимость и ценность как личности, помочь ему подвести жизненные итоги, освободить от чувства незавершенности и вины.

4. Совместимость врача и больного (совместимость позиций относительно болезни, выбранного лечения, особенности психоэмоционального контакта между ними).

Специфические:

1. Мотивация пациента к лечению. Мотивация к лечению тесно связана с отношением к болезни и методам терапии. Формированию мотивации к лечению способствуют профессионализм врача, его оптимизм и вера в выздоровление пациента, толерантность к эмоциональным реакциям больного, умение устанавливать обратную связь.

В.А. Ташлыков выявил следующие установки пациентов, влияющие на мотивацию к терапии:

- установка на полное информирование, установление точного диагноза, короткий курс лечения доминирует у пациентов с гармоничным и необходимо-упорствующим отношением к болезни (такая установка носит активный характер, но ограничивает глубокую психотерапевтическую работу);

- установка на "магическое исцеление" (ожидания этих больных связаны с "гипнозом", новыми лекарственными

"чудодейственными" методами, этот контингент требует переориентации с формированием адекватного отношения к лечению, настрою на длительную работу и активное сотрудничество);

- установка на эмпатийное отношение и эмоциональную поддержку, стремление к "признанию в болезни" (реальная мотивация к выздоровлению минимальна, поэтому переконструируя отношения пациента, необходимо найти новые, привлекательные, связанные с выздоровлением жизненные цели);

- установка, отражающая потребность разобраться в своих личных проблемах и конфликтах, с которыми пациенты связывают развитие заболевания; установка на симптоматическое улучшение (эти пациенты ориентированы на терапию "с одного выстрела", собственная концепция болезни у них отсутствует). Знание установок больного способствует выработке правильного подхода, позволяет врачу быть гибким, использовать специфические адекватные психологические воздействия.

2. Реалистичность психотерапевтических целей специалиста. Проводя специальные психотерапевтические мероприятия в комплексном лечении заболевания, важно оценить правильность выбора того или иного метода психотерапии и психокоррекции.

Нереалистичные цели, в первую очередь, обусловлены неадекватной оценкой терапевтом своих возможностей и возможностей пациента: врач не всегда владеет всем диапазоном терапевтических методов, а пациент не всегда

способен "поддаться" избранному методу, как универсальному. Конкретные терапевтические цели всегда должны быть соотнесены со специфическими возможностями того или иного метода. Например, в кардиохирургии снятие страха перед операцией требует специальной вводной психотерапевтической подготовки пациента: выяснения его сомнений и опасений, предоставления информации и поддержки, в ряде случаев суггестивной терапии, вселяющей надежду на благоприятный исход операции. Тактика психотерапевта должна быть гибкой, учитывать проявления болезни в момент "здесь и сейчас", выявлять мишени для психотерапевтического воздействия. Иными словами, проводя психотерапию, необходимо точно знать характер применения конкретного метода при данном заболевании, четко диагностировать личность больного и психологический симптомокомплекс, границы и формы конкретно избранного метода в соотнесении с индивидуально-психологическими особенностями больного и системой его социальных связей, отношений и адаптивных возможностей.

Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: Аргус, 1995. - 360 с. (с. 207-260)

Соколова Е.Т., Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания

Хронически больной в обыденной жизни, наблюдениях и художественной литературе

Болезнь является одним из наиболее частых и драматических событий человеческой жизни. Телесные недуги (соматические заболевания) сопровождают человека от рождения до смерти. Без преувеличения можно сказать, что вся история человечества может быть представлена как история изучения заболеваний и поиска средств борьбы с ними с целью продления полноценной человеческой жизни, повышения ее качества и удовлетворенности человека собственной жизнью. Наблюдения над людьми, страдающими хроническими заболеваниями тела, возникли еще до появления научного медицинского знания. Они составляют неотъемлемую часть культуры каждого народа, находят отражение в сложившихся у различных народов представлениях о влиянии болезней тела на душевное состояние человека и, наоборот, о возможности возникновения телесных страданий (болезней) вследствие "душевных возмущений" (Мудров М.Я., 1949). Так, задолго до возникновения психосоматической проблемы как особого направления научного поиска обыденная жизнь открыла человеку существование тесной связи между явлениями душевными (психическими) и телесными (соматическими). Различные области человеческой практики указывали на эту связь.

Но, пожалуй, более всего те из них, которые ориентированы на взаимоотношения людей, воздействие на них с целью их изменения или гармонизации. К таковым областям практики относятся прежде всего религий, педагогика и медицина. Каждая из них, решая свои задачи, выработала особые приемы, "техники" воздействия на человека с целью изменения его душевного или физического состояния (даже управления, например, душевным состоянием через воздействие на телесное и наоборот).

Наиболее ранний опыт подобного рода открывает нам религия, использовавшая возможности влияния психики на телесные процессы (и наоборот) в практике воздействия на человека. Многие интересные, с нашей точки зрения, факты приводит Тайлор Э.Б. (1989), анализируя явления первобытной культуры. Он отмечает, что ряд возникших еще в древности религиозных обрядов и церемоний, дошедших в том или ином виде и до нашего времени, имеют символическое значение и используют в этой связи эмпирически зафиксированный факт связи сомы и психики. Одни из этих обрядов позволяли оказывать влияние на физическое состояние человека через воздействие на его психику, другие - первоначально изменяя физическое состояние человека, способствовали возникновению нужного душевного настроения. Они могут быть рассмотрены так же как "способы искусственного возбуждения экстаза" (Там же. С.459).

В частности, рассматривая символическую функцию молитвы, он отмечает: "... моралисты и философы должны допустить, что она, будучи в религии дикарей средством для усиления душевного движения, поддержания храбрости и возбуждения надежды, в более развитых верованиях стала значительной двигательной силой в деле нравственности. И силой не только укрепляющей, но и контролирующей чувства и порывы нравственной жизни посредством сознания сверхъестественного вмешательства и помощи" (Тайлор Э.Б., 1989. С.465). Он отмечает далее, что "от древнейших эпох культуры мы находим религию тесно связанной с экстатическими состояниями тела" (Там же. С.484). Таковые достигаются, в частности, при помощи поста, ритуального танца, приема наркотических средств с целью изменения телесного самочувствия. Благодаря этому наступает состояние особого "духовного" просветления. Подобные же средства используются в истории человечества и для исцеления телесных недугов и врачевания психических расстройств.

Не останавливаясь подробно на анализе религиозных обрядов и церемоний, отметим лишь, что в них с успехом использовался эмпирически установленный факт взаимосвязи, взаимовлияния души и тела, сомы и психики. Эта же связь стала основой для создания разнообразных психотерапевтических техник, широко применяющихся в настоящее время при коррекции психосоматических расстройств.

В педагогике также с древних времен принцип физического закаливания или воздержания применялся для укрепления духовной сущности человека, создания стойких стереотипов самоограничения, самоуправления (например, воспитание в системе стоиков в Древней Греции).

Наиболее разработанные принципы, опирающиеся на идею двойкой сущности человека, мы находим в истории медицины. Еще у истоков научной медицины стояли две школы, отражающие два подхода к трактовке сущности человека и его болезни: первая - гиппократическая школа Кооса; вторая - школа первых анатомов Книда. Первая трактовала болезнь как расстройство отношений меледу субъектом и действительностью; вторая рассматривала ее как поражение определенной материальной структуры. Это противопоставление, проходя через всю историю медицины, определяет собою и характер объяснения причинно-следственных связей. Первое направление предполагает в объяснении причин болезней учитывать неповторимую психологическую индивидуальность человека, обнаруживающую себя и в порождении болезненных симптомов. Второе ограничивается только логикой анализа собственно биологического, организменного уровня и не допускает психологических интерпретаций. Таким образом, психосоматический феномен в истинном смысле слова получает право на существование только в логике первого направления.

Поставленная много веков назад психосоматическая проблема в медицине обрела свой научный статус относительно недавно. Само понятие "психосоматика" возникло в 1818 г. (Heinroth), а в 1828 г. впервые было использовано другое, родственное понятие "соматопсихика" (Jakobi). Подлинное научное рождение проблема получила в психоанализе, в особенности, в его более поздних модификациях.

Медицина, однако, ориентирована на поиск психосоматических связей в патологии. В то же время психосоматическая феноменология не ограничивается только исследовательским полем медицины, но, как мы отмечали ранее, глубоко уходит своими корнями в бытовую жизнь, которая фиксирует две стороны процесса психосоматических отношений: а) психическое состояние может вызывать изменения телесных функций; б) телесные функции человека могут оказывать влияние на душевное состояние человека. Рассмотрим на конкретных примерах, в чем состоит это "двустороннее влияние".

Пример первый. А.М.Святош в книге "Неврозы" (1982. С.48-49) описывает случаи наблюдавшихся врачами неожиданных смертей у пациентов в условиях внезапной психической травмы. Так, Arieti наблюдал полеилого человека, который неоднократно заявлял, что он умрет, если упадет старая башня. Когда во время грозы в башню попала молния, и она рухнула, человек умер. Klumbies (1977) наблюдал молодую женщину,

неоднократно обращавшуюся к врачу по поводу болезни сердца* и шутя сказал мнительной пациентке: "Вам нечего бояться по поводу вашего сердца, раньше меня вы все равно не умрете, или же умрем, так вместе". Когда на следующий день врач внезапно умер, больная, несмотря на все принятые лечебные меры, вскоре после этого также умерла. Страх и самовнушение в этих случаях привели к смерти мнительных пациентов, не имевших органических предпосылок для этого.

Пример второй. В.Д.Тополянский и М.В.Струковская (1986) приводят многочисленные описания "трудных" больных, вся жизнь которых подчинена поиску врачей, которые бы вылечили их загадочное заболевание. Авторы отмечают, что эти пациенты попадают в поле зрения врачей самого разного профиля, иногда подвергаются даже хирургическому вмешательству, но и оно не обнаруживает у них признаков явной соматической патологии. Жалобы этих больных обильны, противоречивы, в то же время их не удается объективизировать. "Целые легионы больных, — отмечают авторы, — с психогенными или преимущественно психогенными соматическими нарушениями в структуре аффективных расстройств различного генеза оказываются в итоге на "нейтральной полосе", не получая должной врачебной помощи ни от психиатра, ни от интерниста" (Там же. С. 6). Причиной подобных непонятных для врачей и тягостных для пациентов состояний авторы считают субдепрессивные и депрессивные состояния,

находящие свое телесное выражение ("соматическую маску") в многочисленных висцеро-вегетативных проявлениях.

Пример третий. Больная (врач-рентгенолог по профессии) обследуется в онкологическом стационаре. Вследствие халатности персонала в ее руки случайно попадает ее собственная история болезни. Пациентка рассматривает рентгеновские снимки и (имея большой профессиональный опыт) не обнаруживает у себя явной, отчетливо видимой на них опухоли. Страх обнаружения патологии в данном случае психологически "защитил" больную от чрезмерно травмирующей информации.

Пример четвертый. Много лет назад автору этих строк довелось (вместе с более опытными психологами и врачами) наблюдать больного, потерявшего слух в раннем детстве, но с помощью матери успешно компенсировавшего дефект. Он обучился громкой речи, успешно окончил среднюю школу, получил высшее образование в одном из элитарных технических вузов, научился танцевать, играть на музыкальном инструменте и даже получил водительские права. В течение всего этого времени ему удавалось успешно скрывать свою глухоту, и только чрезмерно высокие профессиональные притязания поставили пациента в ситуацию, позволившую врачам заподозрить наличие дефекта. Следовательно, сформированная ориентация на полноценную самоактуализацию явилась мощным стимулом успешной компенсации физического дефекта.

Физические и душевные страдания тяжело больных людей, их умение преодолевать жизненные трудности, вызванные заболеванием либо, наоборот, неспособность справиться с ними, многократно становились предметом художественного анализа. Классическим произведением подобного типа является повесть Л.Н.Толстого "Смерть Ивана Ильича" (Толстой Л.Н., 1982. Т. 12). Вот как описывает Л.Н.Толстой начало болезни своего героя: "... Неловкость эта стала увеличиваться и переходить не в боль еще, но в сознание тяжести постоянной в боку и в дурное расположение духа. Дурное расположение духа это, все усиливаясь и усиливаясь, стало портить установившуюся было ... приятность легкой и приличной жизни..." (С.76). Боль "в связи с неясными речами доктора получала другое, более серьезное значение" (С.79). "... Что-то страшное, новое и такое значительное, чего значительнее никогда в жизни не было с Иваном Ильичом, совершалось в нем". И далее: "И он один знал про это... Иван Ильич остается один с сознанием того, что жизнь отравлена для него... И жить так на краю гибели надо было одному, без единого человека, который бы понял и пожалел его" (С.81-82).

Замечая изменения собственной жизни, ее перелом, вызванный болезнью, человек обнаруживает активное желание понять, что значит это событие для всей последующей жизни и какие усилия необходимо употребить, чтобы, по возможности, сохранить относительно удовлетворяющее его качество жизни. Так,

герой произведения В.Солоухина "Приговор" отмечает: "Работа всегда спасала меня... Главное, чтобы отыскалась в тебе зацепка за жизнь, чтобы чего-нибудь тебе хотелось. Главное, чтобы было в тебе живое местечко, через которое ты бы ощутил себя живым человеком". Дальнейшая жизнь и дальнейшая деятельность героя в том отрезке времени, который представлен читателю, служит прямым подтверждением этой веры. И вот уже выхлопотаны у врачей три лишних дня, и написано стихотворение, которого так не хватало. День госпитализации своего героя В.Солоухин описывает в следующих словах: «...а также пронес с собой (что гораздо важнее) черный чемоданчик под названием "дипломатический", наполненный чистой бумагой, подстрочниками Абуталиба и книгами». Вспоминая себя в дни перед госпитализацией, З.Бытшицкая пишет: "Что лее мне тогда останется от жизни? Наверное, ухвачусь за работу, она будет меня поддерживать, как спасательный круг, ведь она определяет весь мой образ жизни. А уже тогда, наверное, разрастется во мне без остатка, станет единственной радостью и заботой...".

Этот ряд примеров можно было бы продолжить, можно было бы представить и более разнообразную картину открывающихся наблюдателю феноменов. Однако мы прервем описания подобного рода "случаев" из жизни и врачебной практики и попытаемся подвести некоторые итоги.

Прежде всего отметим, что тесная связь телесных и психических явлений, как явствует из приведенных здесь примеров, может выражаться как в негативном, так и в позитивном влиянии одной "сферы" на другую. Эта связь обнаруживает себя наиболее отчетливо в ситуациях повышенной субъективной значимости, в состояниях чрезмерной эмоциональной "заряженности" субъекта. Независимо от знака эмоции, такая связь либо фиксирует, упрочивают субъективный опыт, создавая возможности оптимальной ориентации в будущем; либо смягчает, нивелирует, снижает субъективную травматичность переживаемых ситуаций, позволяя человеку адаптироваться к ним и даже успешно преодолевать их. Возникающие при этом отклонения становятся почвой для образования патологических симптомов.

Кратко остановимся в этой связи на вопросе о классификации психосоматических феноменов. С этой целью прежде всего выделим среди них нормальные и патологические. Первые есть выраженные в поведении и деятельности человека признаки взаимосвязи телесного и психического, возникающие в эмо-циогенных ситуациях и характерные для состояний аффекта и эмоционального стресса. Обширная психологическая и медицинская литература содержит богатые описания этих феноменов. Вторые — патологические — составляют сферу исследований психосоматического направления в медицине. Они могут быть классифицированы, в свою очередь, на основании преимущественной выраженности в

них психического или соматического компонентов. В этом отношении мы целиком и полностью разделяем принцип классификации, предложенный Энджелом (Engel, 1978). Следуя этой классификации, мы выделяем: а) психогенные конверсионные расстройства; б) психовегетативные нарушения в структуре неврозов и маскированных депрессий; в) заболевания психосоматической специфичности (Alexander, 1950), а также г) вторичные психогенные симптомы у больных с хроническими соматическими заболеваниями.

Объектом нашего внимания и станет обширная группа больных, страдающих хроническими соматическими заболеваниями различных органов.

Феноменология личности больных хроническими соматическими заболеваниями в клинических исследованиях

Прежде чем приступить к рассмотрению клинического подхода к изучению личности больных-хроников, сделаем сразу лее несколько необходимых, как станет ясно из дальнейшего контекста, замечаний. Первое сводится к тому, что нереально в рамках одной работы ставить перед собою задачу составления сколько-нибудь полного обзора литературы, освещающей клиническую феноменологию личности при хронических соматических заболеваниях. Невозможность подобного обзора связана прежде всего с огромным массивом данных, накопившихся в литературе за многие десятилетия исследований проблемы. Задача осложняется

еще и тем, что медицинская наука и практика имеют дело с большим количеством болезненных форм (нозологий), каждая из которых представлена в литературе огромным массивом информации.

Второе замечание заключается в том, что при всем многообразии литературного материала главенствующее место в описаниях личности больных-хроников представлено работами клиницистов-психиатров, которые при решении задач клинико-психиатрического характера чаще других специалистов-медиков сталкивались с необходимостью квалификации личностных феноменов у соматически больных.

Главная цель этой части работы заключается в том, чтобы понять, какой круг феноменов наиболее часто оказывается в поле зрения клиницистов, что важно для определения предмета собственного исследования. Важно также уяснить, как (и на основании каких показателей) дается квалификация этих феноменов и какова их наиболее принятая в литературе систематизация.

Соматопсихическое направление было заложено в нашей стране трудами С.С.Корсакова, П.Б.Ганнушкина, В.А.Гиляровского, Е.К.Краснушкина.

В отечественной литературе в последние десятилетия появилось множество работ, посвященных исследованию психики больных, страдающих самыми различными соматическими заболеваниями: сердечно-сосудистыми, желудочно-кишечными, легочными, почечными и другими (Акжигитов, Виноградов, 1974; Бангевиц, 1973;

Березин, Богословский, Михайлов, 1978; Березин, Ротенберг, 1978; Виноградов, 1978; Ганелина, Дерягина, Краевский, 1978; Герасименко с соавт., 1974, 1975; Зайцев, 1973; Зайцев с соавт., 1978; Карвасарский, 1980; Ковалев, 1974; Рожнов, 1969; Судаков, 1976; Цивилько, 1977; и многие другие). Что лее на сегодняшний день известно в самых общих чертах о влиянии соматических болезней на психическую сферу человека?

Является достаточно установленным, что имеются два пути патогенного влияния соматической болезни на психику: соматогенный (посредством интоксикационных воздействий на ЦНС) и психогенный (острая реакция личности на заболевание и его последствия).

Соматогенное влияние определяется воздействием органических вредностей (интоксикация, гипоксия и др) на психику больного. Психогенное влияние болезни на личность выражается в психологической реакции на заболевание и его последствия, изменении личности в ходе болезни. Эта сторона проблемы будет предметом дальнейшего обзора.

Однако, прежде чем переходить к рассмотрению этого вопроса, следует дать хотя бы краткую характеристику того, что вкладывается в понятие "личность" в клинко-психиатрических исследованиях. Как правило, в современной психиатрической литературе (как, впрочем, и в психологической) отсутствует определение понятия "личность". Подавляющее большинство исследователей (Смирнов, Резникова, 1983; Lipowski, 1983; Ташлыков,

1984; Арина, Тхостов, 1991; Тхостов, 1991; и другие), мы остановимся лишь на тех вопросах, которые важны в контексте данной работы.

Сразу же отметим, что традиционное разделение аспектов исследования на сомато- и психогенное влияние болезни представляется достаточно условным, так как очевидно, что воздействие соматических вредностей, болезни на психическую сферу в значительной степени зависит от преморбидных черт личности, стиля поведения, сложившегося до болезни. Психологические факторы риска, приведшие к развитию заболевания, "не исчезают" после начала болезненного процесса, а продолжают "работать" в новых условиях. Личностная реакция на заболевание, приспособление к болезни за счет сложившихся в течение жизни способов преодоления вплотную подводят исследователя к проблемам психологической реабилитации в соматической клинике.

Для изучения субъективной стороны заболевания был введен целый ряд терминов, среди которых "переживание болезни" (Шевалев, 1936; Ковалев, 1974), "сознание болезни", "отношение к болезни" (Рохлин, 1972), "соматозогнозия" (Квасенко, Зубарев, 1980) и другие. Анализ понятийного аппарата был проведен нами ранее (Николаева, 1987). Было показано, что каждое из этих понятий выделяет одну какую-то сторону такого сложного явления, как субъективная реакция на болезнь. Наиболее полно отражающим реальность, как мы полагаем, является понятие "внутренняя картина болезни" (ВКБ).

Под ВКБ Р.А. Лурия понимал "все то, что испытывает, переживает больной", всю массу "его ощущений... общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, ее причинах... - весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм" (Р.А.Лурия, 1977, С.38).

В рамках клинического подхода анализ ВКБ проводится в терминах психопатологии. При этом наличие или отсутствие и степень выраженности отдельных психических нарушений является основным критерием квалификации ВКБ. Наиболее часто обсуждаются такие вопросы как: типология реакций на болезнь, факторы, влияющие на формирование этих реакций, их динамика в процессе лечения.

Возьмем в качестве примера классификацию личностных реакций на инфаркт миокарда, предложенную Зайцевым В.П. Автор выделяет: адекватный (пониженный, с элементами анозогнозии; средний; повышенный, с элементами ипохондрии); тревожно-депрессивный; кардиофобический; ипохондрический; анозогнозический; истерический типы реакций. Клинико-дискриминативными критериями отнесения реакции к адекватной явились следующие признаки: а) поведение больного и ВКБ соответствуют имеющейся у больного информации о тяжести инфаркта миокарда, его возможных последствий;

б) больной соблюдает режим, требования врача; в) больной в состоянии контролировать свои эмоции. Зайцев В.П. отмечает частоту названных реакций на болезнь в подостром периоде инфаркта миокарда. Спустя 6 месяцев - 1 год автор определяет психическое состояние больных как нормальную психическую реадaptацию, которая может быть успешной или удовлетворительной (продолжающейся), и психическую дезадаптацию (невроты, патологическое развитие личности) (Зайцев В.П., 1975).

Предлагается оценивать выраженность психопатологических синдромов на разных этапах инфаркта миокарда в баллах, количественно измерять эмоциональные состояния больных (Афанасьев П.В., Батаев Б.П., Борисов Н.В., 1986; Philip A., 1987).

Что касается адекватных реакций на болезнь в клинике инфаркта миокарда, то есть мнение, что их типология шире. Предполагается, что методически правильнее говорить вообще не о патологических и адекватных реакциях на болезнь, а о патологических (с психопатологической симптоматикой) и непатологических (в рамках психического здоровья). Выделяются три варианта реакций на болезнь в рамках психического здоровья, которые различаются по степени адаптации больных, дезактуализации психотравмирующей ситуации. При этом больные, демонстрирующие "адекватную" реакцию, также

нуждаются в психотерапевтической помощи (Морозов В.И., 1983).

Очень важной представляется мысль, высказанная в работе Цивилько М.А. и соавт. (1981): само отнесение ВКБ к адекватной является дискуссионным, поскольку правильное понимание сущности и перспектив заболевания (особенно в активном периоде жизни, в случае неожиданности факта заболевания - речь идет о больных хронической почечной недостаточностью) часто приводит к стрессу. Само содержание ВКБ может стать источником психогенных расстройств (Цивилько М.А., Коркина М.В., Цивилько В.С. и другие, 1981).

Неоднозначно определение реакции на болезнь как анозо-гнозии, поскольку причины такой реакции могут быть разл'ич-ными. Анозогнозия в клинике соматических заболеваний может быть связана с тяжестью состояния, гипоксией мозга; представляет собой форму вытеснения непереносимой информации; скрывает определенную жизненную философию, согласно которой больной боится не столько смерти, сколько инвалидизации, лишения всего того, ради чего стоит жить; за фасадом анозогно-зии с неадекватным поведением могут стоять ипохондрические расстройства (Барлас Т. В., Шатенштейн А.А., 1987; Ковалев В.В., 1974; Тополянский В. Д., Струковская М.В., 1986).

Большое число работ посвящено исследованию динамики психических реакций на болезнь по мере течения заболевания. В онкологической клинике фаза

потрясения, депрессии после сообщения пациенту диагноза сменяется анозогнозической реакцией, которую авторы условно объясняют искажением ВКБ. Возникают чувства вины, собственной неполноценности, обреченности. Затем постепенно происходит адаптация к новой жизни (Герасименко В.Н., Марилов В.В., Артюшенко Ю.В., Марилова Т.Ю., 1978). Цивилько М.А. с соавт., характеризуя ВКБ больных хронической почечной недостаточностью в поздних стадиях болезни с использованием гемодиализа, выделяет "бедную" ВКБ с недооценкой тяжести состояния, где большой вес имеют личностные черты, возраст, ситуация лечения; адекватную ВКБ; ВКБ с переоценкой тяжести. В этой работе показана динамика ВКБ: "бедная" ВКБ отмечалась в период осознания состояния болезни и при неблагоприятной динамике заболевания, при улучшении состояния этот тип ВКБ сменялся адекватной ВКБ или ВКБ с переоценкой тяжести состояния (Цивилько М.А., Коркина М.В., Цивилько В.С. и другие, 1981). Изучена динамика психопатологических синдромов у больных циррозом печени до и после проведения гемосорбции (Коркина М.В., Лопухин Ю.М., Молоденков М.Н. и другие, 1981).

В зарубежной литературе мы также находим многообразие терминов, в которых описывается субъективная сторона болезни. Так, используя в качестве основного понятие "аутопластическая картина болезни",

Р.Конечный и М.Боухал (1982) предлагают следующую классификацию ее типов:

а) нормальная (соответствует объективному состоянию больного);

б) пренебрежительная (недооценка тяжести болезни);

в) отрицающая (игнорирование факта болезни);

г) нозофобная (имеет место понимание того, что опасения преувеличены, но преодолеть своих опасений больной не может);

д) ипохондрическая (погружение, уход в болезнь);

е) нозофильная (больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от обязанностей);

ж) утилитарная (получение известной выгоды от болезни - материальной или моральной).

Эти же авторы (1982) отмечают, что внутренняя картина болезни зависит от влияния ряда факторов:

а) характера болезни (острая или хроническая болезнь, наличие или отсутствие болей, косметических дефектов и т. д.);

б) обстоятельств, в которых протекает болезнь (появление новых проблем в семье, в профессиональной деятельности, в ближайшем социальном окружении и т.д.);

в) преморбидной личности (здесь, в частности, ставится вопрос о влиянии возраста больного);

г) социального положения больного.

Barker R. с соавт. (1946) исследовали группу женщин с физическими недостатками и предложили одну из

классификаций отношения больных к заболеванию. Они выделили пять типов подобного отношения.

а) Избегание дискомфорта, сопровождаемое часто уходом в себя, аутизацией, которые обычно характерны для пациентов с нешироким кругом интересов, невысоким интеллектом, а также возникают при длительном течении заболевания и у лиц пожилого возраста.

б) Замещение, при котором больной самостоятельно находит новые средства достижения жизненных целей, заменяющие утраченные в условиях болезни возможности. Этот тип отношения авторы связывают с наличием высокого уровня интеллекта.

в) Игнорирующее поведение, для которого характерно стремление подавить, вытеснить признание дефекта, ограниченность возможностей в связи с болезнью. Этот тип поведения, по мнению авторов, чаще возникает у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем.

г) Компенсаторное поведение; при этом авторами выделяются четыре его разновидности: 1) циклическое приспособление, для которого характерны периоды "подъема и спада"; 2) фаталистическое отношение, главным образом, к будущему; 3) параноидное приспособление, с тенденцией агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих; 4) выраженные агрессивные реакции.

д) Невротические реакции. Оптимальной формой приспособления авторы считают игнорирование дефекта. Подобная оценка, особенно в сочетании с попыткой экстраполировать выводы на широкий контингент больных, на наш взгляд, дискуссионна.

Vondracek V. (1969) выделяет следующие типы отношений к болезни: нормальное (или адекватное), пренебрежительное, отрицающее, нозофобное, ипохондрическое, нозофильное, утилитарное.

Некоторые авторы отмечают, что нет однозначной зависимости между характером телесных страданий (физических недостатков) и типом личностной реакции на заболевание, что в гораздо большей степени последний зависит от длительности заболевания, его тяжести и интеллектуальных возможностей человека.

Так, Hulek A. (1969) предлагает учитывать следующие факторы в качестве важнейших при возникновении реагирования на заболевание:

- а) продолжительность заболевания;
- б) тяжесть нарушений и диапазон вызванных болезнью ограничений;
- в) вид инвалидности;
- г) возраст перехода на инвалидность;
- д) уровень интеллектуального развития;
- е) особенности преморбидной личности.

Birne D. (1982) полагает, что реакция на болезнь зависит от характера и прогноза заболевания. Выделяет восемь типов:

- а) фиксация на болезни;
- б) психосоциальные переживания;
- в) аффективный срыв;
- г) аффективное торможение;
- д) осмысление болезни;
- е) субъективное напряжение;
- ж) уход в болезнь;
- з) вера во врача.

Один из интересных подходов к изучению субъективной стороны заболевания содержится в работах Lipowski Z. (1983). Он предлагает свою типологию "психосоциальных реакций на болезнь", выделяя в них три компонента:

1. Реакции на информацию о заболевании ("значение болезни"). Разное "значение болезни" может быть источником следующих реакций:

а) болезнь-угроза или вызов, а тип реакций - противодействие; тревога; уход; борьба;

б) болезнь-утрата, соответствующие типы реакций: депрессия или ипохондрия; растерянность; горе; попытка привлечь к себе внимание; нарушение режима;

в) болезнь-выигрыш или избавление, а типы реакций притом: безразличие; жизнерадостность; нарушение режима; враждебность по отношению к врачу;

г) болезнь-наказание, при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

Эмоциональные реакции на болезнь. Среди них наиболее распространенными являются тревога, горе, депрессия, стыд, чувство вины.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них когнитивного или поведенческого компонента. Когнитивный стиль преодоления характеризуется:

а) преуменьшением личностной значимости болезни, либо

б) пристальным вниманием ко всем ее проявлениям.

Поведенческий стиль также имеет несколько разновидностей:

а) борьба или активное сопротивление;

б) капитуляция перед болезнью;

в) попытка "ухода".

В ряде работ специально прослеживается связь между реакциями на болезнь и эффективностью восстановления, "выхода" из болезни. Речь идет о поведении больного (Illness Behavior), которое определяется представлением о заболевании, оценкой его прогноза, демографическими характеристиками, общей медицинской культурой (Leigh EL, Reiser M., 1985). Выделено 8 факторов Illness Behavior, среди которых: соматическое состояние, аффективная реакция на болезнь, принятие роли больного, вера в доктора и др. Подчеркивается, что важно строить профили для каждого больного, выявляя "вес" каждого фактора. Неверно считать все аспекты Illness Behavior негатив-

ными, некоторые из них будут носить адаптивный характер (Byrne D., 1987).

Особое направление работ посвящено описанию феноменологии эмоциональных реакций на болезнь, смены различных реакций по мере течения заболевания. Например, в клинике инфаркта миокарда выраженные эмоциональные расстройства отмечаются в 2/3 случаев, причем большая часть больных внешне могут казаться беспроблемными. Без соответствующего вмешательства нарушения закрепляются и сохраняются в течение года у 25% выживших (Cay E., 1982). По другим данным, психические нарушения констатировались в 28% случаев (Florkiewiez M., 1984). У 50% больных наблюдалась интенсификация невротических черт (Nasilowska-Barud A., Markiewiez, 1984). Возникновение эмоциональных реакций связывается со страхом смерти, потерей самоидентичности, чувства "Я".

Самыми распространенными и выраженными симптомами у больных инфарктом миокарда являются тревога и депрессия (Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П., 1978; Balestvoni Y., Lopriore V., Lotti A. et al., 1987; Levenson J., Hamer R., Silverman J. et ol 1986/87), причем тревожные реакции преобладают в период госпитализации, а депрессивные - после возвращения домой, что обусловлено страхом повторного приступа, психологической неподготовленностью к быстрой утомляемости, необходимостью соблюдения режима, отсутствием постоянного медицинского наблюдения

(Hackett T., Cassem N., 1978; Grewisse M., 1982). Депрессивные реакции, отмечавшиеся на этапе лечения в клинике, сохранялись через год у 70% больных (Stern M., Pascale L., Loone J., 1976).

К наиболее тяжелым психическим осложнениям, например, при инфаркте миокарда, относятся психозы (Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П., 1978); у 10% больных наблюдался делирий, причиной которого считают сенсорную депривацию в отделении реанимации, метаболические изменения в организме, действия лекарств (Steinhart M., 1984). После перевода в общую палату из отделения интенсивной терапии может наблюдаться эйфория (Зайцев В.П., 1975; Cay E., 1982), у тяжелых больных описаны агрессивные реакции, которые интерпретируются в рамках психоаналитической теории: пациент относится к доктору как к отцу, который не может избавить его от страданий (Cramond W., 1970).

Изучение динамики психических нарушений показало, что у 1/3 происходит спонтанная редукция психического напряжения после перевода в общую палату, статистически достоверное снижение уровня тревоги, стабилизируется настроение перед выпиской по сравнению с периодом начала лечения (Moszynska B., 1987; Schubert O., Schaller K., 1985).

Однако важно не просто констатировать динамику выраженности той или иной эмоциональной реакции на болезнь, но пытаться выяснить причины этой динамики. Достоинством исследования Thompson D. (и другие, 1987)

является выделение сфер жизни, где тревога максимальна (через 24 часа после острого приступа инфаркта миокарда и через шесть недель после начала заболевания) - "возвращение к работе", "проведение досуга" и "продолжение прежних социальных контактов". Это дает возможность прицельно проводить психологическую реабилитацию, давать больным информацию соответствующего характера, предупреждать возникающие проблемы (Tompson L., Webster R., Cordle C. et al., 1987). В другой работе оценивались факторы "качества жизни", вызывающие неприятные переживания у больных инфарктом миокарда. Ими оказались: необходимость избегать эмоционального напряжения, ограничить физические усилия, выполнять врачебные рекомендации (Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнадель М.Г., 1982).

К факторам, влияющим на формирование личностной реакции на болезнь, относят: преморбидные особенности личности, пол, возраст, характер заболевания, ситуацию лечения (Конечный Р., Боухал М., 1983; Пиленский Ю.Ф., Ишутина Н.П., Костылев А.А. и другие, 1980).

В зависимости от личностных черт больного наблюдаются различные реакции на заболевание. Так, дисгармоничные личности, особенно в молодом возрасте (до 41 года), чаще обнаруживают психопатологические реакции на болезнь (Урсова Л.Г., 1973). Депрессивные, ипохондрические, фобические типы переживаний болезни отмечаются у тревожно-мнительных личностей,

дистимические - у лиц с признаками психического инфантилизма, эйфорически-анозогнозические — часто определяются интеллектуальной недостаточностью (Ковалев В.В., 1972). Больные инфарктом миокарда, которым свойственны работоспособность, развитые волевые качества, характеризуются адекватным отношением к болезни, в отличие от больных с повышенной впечатлительностью, невротической переработкой информации, которые "уходят в болезнь" (Ганелина И.Е., Краевский Я.М., 1971). Зайцев В.П. также считает, что сильные в эмоционально-волевом отношении люди дают адекватную или невротическую реакцию на болезнь, которая преодолевается без специального лечения. С возрастом психопатологических преморбидных черт снижается вероятность того, что психическое состояние спонтанно нормализуется (Зайцев В.П., 1971).

Ряд исследований посвящены изучению такой личностной характеристики, связанной с характером причинного объяснения заболевания (Бажин Е.Ф. и другие, 1985), как локус контроля. Показано, что внутренний локус контроля коррелирует с низким уровнем депрессии, положительно влияет на психологическое и клиническое восстановление (Feifel H., Straek S., Tong Nagy V., 1987; Maeland J., Havic O., 1987). В другой работе подчеркивается, что установленные закономерности неоднозначны. В целях реабилитации более важно изменять локус контроля в ходе

психотерапевтических мероприятий (Creary M., Turner J., 1984).

Особенности личности влияют на отношение к лечебным процедурам. В группе больных гипертонической болезнью, согласившихся на длительную терапию, в меньшей степени была выражена демонстративность, реже встречались акцентуации характера, неудовлетворенность в сфере значимых отношений, чаще отмечался гармонический тип отношения к болезни. В группе отказавшихся от лечения имело место психопатоподобное поведение, сочетание противоположных качеств - честолюбия, решительности и эмоциональной неустойчивости, неверия в эффективность лечения (Волков В.С., Цикулин А.Е., 1989).

Большая потребность в психотерапевтической помощи отмечается у больных женского пола (в клинике сердечно-сосудистых заболеваний), что определяется большей выраженностью у них психических изменений (Гоштаутас А.А., Шлежайте Ю.М., 1976; Зайцев В.П., Трусова Г.С., 1987; Thorson J., Powell F., 1988).

В исследовании Бурно М.А. и Зикеевой Л.Д. предпринята попытка показать, что душевно здоровые люди различного склада по-разному переживают свою болезнь. В зависимости от склада личности и отношения к болезни авторы предлагают тактики психотерапевтического вмешательства (Бурно М.А., Зикеева Л.Д., 1974).

Что касается вопроса о связи тяжести клинического состояния и выраженности болевых приступов и эмоциональных реакций на болезнь, то он остается дискуссионным. Остановимся на результатах исследования этого вопроса в клинике сердечно-сосудистых заболеваний. Сидоренко Г.И. с соавт. приходят к выводу о сглаживании патологических отклонений личности у больных с осложненными формами ИБС (ИБС 4-артериальная гипертония) (Сидоренко Г.И., Борисова Г.С., Агеенкова Е.К., 1982). По мнению польских авторов, достоверно чаще невротические расстройства наблюдались в клинике неосложненного инфаркта миокарда (Nasilowska-Barud A., Sokoluk J., Markiewicz M., 1985). Противоположные результаты получены в других исследованиях, где выявлена связь между выраженностью психических нарушений и тяжестью соматогенных расстройств при инфаркте миокарда (Белякова Н.А., Слезкина Л.А., 1984; Вассерман Л.И., Карпова Э.Б., Кулешова Э.Ф., 1988; Виноградов В.Ф., 1984; Кантрова Р.А., Матвеева Н.И., 1984; Урсова Л.Г., 1973; Hackeh T., Cassem N., 1978; Schubert O., Schaller K., 1985).

Обилие и противоречивость полученных результатов говорят о неперспективности "факторного" характера исследований. С нашей точки зрения, наиболее плодотворной является идея о том, что в большей степени на возникновение психических нарушений или формирование адаптивного поведения влияют

личностные особенности, субъективные знания и ощущения, имеющийся у больного эталон здоровья, а не объективная тяжесть состояния (Ланцберг М.Б., Гайдаш О.Г., 1981; Фельдман Н.Б., Фельдман Э.И., Минабутдинов А.М., 1987; Byrne D., White H., Butler K., 1981; Maeland D., White H., 1987; Trelawny-Ross C., Russel O., 1987).

В литературе есть работы, авторы которых пытаются установить связь между типом заболевания и типом отношения к болезни. Отмечается наибольшая частота тревожных и обсессив-ных типов отношения к болезни у больных злокачественными опухолями, неврастенических, эгоцентрических, паранойяльных — в клинике бронхиальной астмы, эйфорических и эргопатических — у больных, перенесших инфаркт миокарда (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980). Выраженность косметического дефекта при некоторых кожных заболеваниях, например, псориазе, обуславливает возникновение вторичных симптомов ВКБ - аутизации, эмоциональной неустойчивости (Николаева В.В., Рыбина Г.Ф., Елецкий В.Ю., 1984). Губачев Ю.М. с соавт. считают, что существует зависимость уровня личностной и ситуационной тревожности от нозологии. Так, больные ИБС характеризуются большей тревожностью, чем больные язвенной болезнью, что объясняется различной целевой ориентацией больных ИБС (стремление к успеху), в отличие от стремления больных язвенной болезнью оградить себя от неуспеха, и большей неопределенностью

прогноза при ИБС (Губачев Ю.М., Симаненков В. И., Ананьев В.А., 1985).

Есть мнение, что особенности поведенческих реакций при инфаркте миокарда могут даже служить средством дифференциальной диагностики со стенокардией на догоспитальном этапе. Гулый В.К., 1981 и соавт, провели сравнительное исследование реакций на болезнь в случае витальной угрозы и у больных хроническими заболеваниями, не угрожающими жизни (артрит, дерматит). Показано, что у больных раком и инфарктом миокарда чаще встречались активные реакции на болезнь: поиск информации, попытки сопротивляться болезни, критичное оценивание состояния. Реакции избегания вопросов, связанных со здоровьем, отсутствие надежды, смирение чаще отмечалось у больных неопасными для жизни соматическими заболеваниями. Хотя точка зрения авторов о том, что адаптация к болезни в большей степени зависит от характера болезни, чем от личностных особенностей пациента, представляется спорной, важно, что внимание заостряется на характере заболевания — угроза для жизни, внезапность, так как в большинстве исследований психологическая сторона тяжелых заболеваний не учитывается (Feifel H., Sfrack S., TongNagy V., 1987).

Анализ клинического направления исследований психических реакций на болезнь, проведенный на материале соматической клиники, позволяет сделать следующие выводы:

Проблема исследования субъективной стороны заболевания остается актуальной.

Клинические исследования изменений психики больного человека многообразны по задачам и получаемым результатам: в одних работах описываются целостные психопатологические синдромы, в других - речь идет о преобладающих психических расстройствах или степени их выраженности, в-третьих - анализируется более глубокий пласт - собственно ВКБ, личностная реакция на заболевание.

Работы, посвященные анализу динамики психических изменений, показывают, что мы имеем дело не с застывшим образованием - реакцией на болезнь, а с процессом адаптации к болезни.

Сама типология психических реакций на болезнь (типов ВКБ) недостаточно разработана, вывод об адекватности личностной реакции на болезнь не всегда однозначен; различные психологические основания могут быть у клинически (психиатрически) одинаково квалифицируемых реакций на болезнь.

Большое место занимают исследования клиники и патогенеза психических нарушений, патологических реакций на болезнь, в то время как недостаточное внимание уделено анализу непатологических реакций на заболевание, укладывающихся в рамки "нормы".

Доказан сложный характер психосоматических отношений, взаимовлияний болезненного процесса и психической Деятельности, что проявляется в

отсутствии четких корреляций между тяжестью соматического состояния и выраженностью психических расстройств, неисчерпаемости проблемы изучения связи между личностными чертами и реакциями на заболевание, что, на наш взгляд, может быть объяснено трудностью учета в исследовании одновременно всех составляющих психосоматических отношений (тяжесть заболевания, особенности преморбидной личности, выраженность психических нарушений), а также широкой типологией личностных качеств, их комбинаций, возможными изменениями этих качеств в ходе болезни.

В качестве основных методов анализа используются: клиническое наблюдение, анализ жалоб, опросники, карты психологического состояния, во многих работах применяется статистико-корреляционный метод обработки полученных данных. Такой подход делает установленные и статистически проведенные закономерности неприменимыми к конкретному больному.

Эмпиризм клинических исследований, феноменологический уровень анализа данных, характер применяемых методов позволяют решить главную задачу, стоящую перед клиническим психотерапевтом, психиатром - квалифицировать психическое состояние и "снять" его, привести к уровню "психической нормы".

Однако само представление о "психической норме" претерпело изменения. С точки зрения задач

психологической реабилитации, достижения ее наибольшего эффекта целесообразно стремиться к достижению не абстрактной, а конкретной, индивидуальной нормы. Такая работа предполагает анализ психологического содержания, стоящего за клинически квалифицируемым типом отношения к болезни, исследование индивидуальных особенностей ВКБ каждого больного, тех механизмов, которые детерминируют наблюдаемые клинические феномены и определяют "выход" из болезни.

Психология развития личности в условиях хронического соматического заболевания

Социальная ситуация развития личности при хронических соматических заболеваниях

Любая хроническая болезнь, независимо от того, какова ее биологическая природа, какой орган или функциональные системы оказываются пораженными ею, ставит человека в психологически особые жизненные условия. Болезнь является со бытием в жизни, способным изменить ее течение, заставить человека по-новому взглянуть на собственную жизнь, ее смысл, себя самого; она может вызвать чувство утраты, вины, а следовательно, особую остроту переживания ценности и субъективной прелести жизни. Если для врача болезнь выступает прежде всего в качестве страдания тела (отметим сразу же, что даже психиатры, имеющие дело с душевными болезнями, в большей степени заняты поисками мозгового субстрата этих болезней, несмотря на традиционную для

европейской медицины установку на то, что следует лечить больного, а не болезни только), то для психолога она, главным образом, выступает в своем человеческом качестве: как событие жизни и как страдание души.

В этом отношении самые разные хронические заболевания могут выступать для человека как психологически однотипные, создавая одинаковые жизненные обстоятельства, типичные ситуации. Это сходство нашло, как мы уже отмечали, свое отражение в клинической феноменологии личности соматических больных, а также в многочисленных попытках анализа личностно-средовых (Соложенкин В.В., 1989) взаимодействий, био-социопсихологических соотношений и т.д.

Следует при этом обратить внимание на уже отмечавшийся нами факт, что при изучении роли "личности и среды" в возникновении разнообразных психических изменений у больных хроническими заболеваниями, подавляющее большинство исследователей исходит из признания изначальной оторванности, а иногда и противопоставления человека, его психики и среды. (Хотя вместе с тем имеется в виду и то, что человек действует в среде, социальном мире; этот факт трудно не учитывать или отрицать).

Утвердившееся в отечественной психологии представление о недостаточности и неэффективности подобного подхода еще не стало общепринятым в клинико-психологической литературе. В то же время

дальнейшее движение исследовательской мысли, направленное на понимание сущности психологических трансформаций личности больного человека, требует более пристального рассмотрения этого вопроса, его обсуждения в традициях отечественного психологического подхода. Остановимся на этом вопросе более подробно.

Одним из фундаментальных методологических принципов, которому следует отечественная психология все последние десятилетия своего существования, является принцип анализа психики в ее развитии, становлении. Не случайно поэтому такое большое внимание исследователи традиционно уделяют проблемам онтогенеза психики и ее патологии. Именно изучение процесса формирования психики и ее распада при различных заболеваниях позволяет обратиться не только к констатации наличного уровня психического развития субъекта, но и проследить закономерности становления психологических новообразований, постепенного усложнения и обогащения психики человека на различных этапах онтогенеза или, наоборот, в случае патологии рассмотреть механизмы и закономерности распада психики. Последний, как следует из многочисленных работ в области патопсихологии, не есть негатив развития, а представляет собой качественно особый процесс (Выготский Л.С., 1983; Зейгарник Б.В., 1962, 1969, 1986; Лебединский В.В., 1985, 1990; и многие другие). Требование к изучению того или иного

психологического феномена в его развитии в полной мере относится и к исследованию личности, в том числе, в условиях хронической болезни. На важность подобного подхода указывали многие исследователи-психологи (Выготский Л.С., Рубинштейн С.Л., 1976; Леонтьев А.Н., 1975; Зейгарник Б.В., 1969; Анцыферова Л.И., 1981; Абульханова-Славская К.А., 1981; Асмолов А.Г., 1990; Братусь Б.С., 1988; и многие другие). В частности, Д.Б. Эльконин, обсуждая проблемы диагностики, отмечает, что ее необходимо разрабатывать с точки зрения не структуры личности. Ведь какова бы ни была "идеальная схема структуры личности, главное -имеются ли возможности развития личности и как оно идет" (Эльконин Д.Б., 1989. С.503).

Не ставя перед собою неразрешимой в рамках данной работы задачи развернутого теоретического анализа проблем психологии личности, мы не можем вместе с тем не остановиться на вопросе, к которому мы обращаемся, о том, что стоит за понятием "личность". Используя это понятие, мы вкладываем в него то содержание, которое утвердилось в работах школы Выготского - Леонтьева. Согласно представлениям А.Н.Леонтьева, личность - относительно поздний продукт онтогенетического развития, так как для того, чтобы стать личностью, необходимо установление достаточно широких связей с миром,

выработка собственного отношения к миру в целом, отдельным его элементам. Основу личности составляет иерархизированная система деятельностей и стоящих за ними мотивов. Поскольку соотнесение мотивов друг с другом возникает лишь на определенной ступени развития человеческого индивида, то и личностью человек становится относительно поздно. А.Н.Леонтьев выделяет три основных параметра анализа личности: 1) широта связей человека с миром; 2) степень иерархизированности мотивов; 3) общая конфигурация (структура) мотивационной сферы (или общая структура личности).

Согласно А.Н.Леонтьеву, факторы физического порядка в характеристику личности не входят, а являются лишь условиями, предпосылками формирования и изменения личности. А.Н.Леонтьев отмечает, что "в исследовании личности нельзя ограничиться выяснением предпосылок, а нужно исходить из развития деятельности, ее конкретных видов и форм и тех связей, в которые они вступают друг с другом, так как их развитие радикально меняет значение самих этих предпосылок" (Леонтьев А.Н., 1975. С. 186). Данное представление о личности было взято нами в качестве рабочего при рассмотрении особенностей личности в условиях хронического соматического заболевания. Представления А.Н.Леонтьева о личности содержат

указание на центральное звено анализа при обращении к пробе.

Эта проблема широко освещалась в литературе, только в последние годы опубликовано в отечественной психологии несколько фундаментальных работ на эту тему (Асмолов А.Г., 1990; Братусь Б.С., 1987).

Это же звено выделяется в качестве основного, фактически, в любой концепции личности, что прекрасно показано в ряде аналитических работ последнего времени (Асмолов А.Г., 1990; Братусь Б.С., 1987; Вилюнас В.К., 1989; и другие). Кроме того, деятельностный подход к анализу личностных феноменов уже показал свою эвристичность в многочисленных работах школы Б.В.Зейгарник, направленных на анализ различных форм личностных аномалий (Зейгарник Б. В., 1969, 1980, 1986). Одним из центральных, сложных по генезу и структуре личностных феноменов является внутренняя картина болезни (ВКБ). Являясь продуктом собственной творческой активности субъекта (пациента), ВКБ проходит длительный путь становления, формирования, представляющий собою процесс более или менее развернутой познавательной активности субъекта, направленной на понимание новой жизненной ситуации - ситуации болезни и овладения ею, а также собственным поведением в новых жизненных обстоятельствах.

Этот "всплеск" творческой активности субъекта, ориентированной на самопознание, связан прежде всего с тем, что любая болезнь не является нейтральным событием в жизни человека. Сам факт болезни (появления болезненных ощущений, в частности), преломляясь через призму уже сформированных потребностей и мотивов, приобретает различный по своему индивидуальному наполнению личностный смысл. Болезнь как событие жизни благодаря собственной активности пациента оказывается включенной, встроенной в сложную иерархическую систему смысловой сферы личности.

До сих пор мы оставляли в стороне вопрос о психологической сущности процесса, в результате которого болезнь как событие человеческой жизни получает те или иные смысловые характеристики, т.е. свой личностный статус.

Для того, чтобы подойти к анализу этого процесса, необходимо более подробно остановиться на описании новой жизненной ситуации, возникающей в условиях болезни, и ее роли в судьбе человека как личности.

В литературе уже неоднократно отмечалось, что болезнь сужает пространство возможной активности человека, создает дефицитарные условия для развития его личности (Зейгарник Б.В., 1980; Братусь Б.С., 1988; и другие), может даже

спровоцировать кризис психического развития человека и вследствие этого возникновение психических новообразований как нормального, так и патологического типа. Последние, в свою очередь, могут видоизменить весь имеющийся жизненный (в том числе и телесный) опыт. Для того, чтобы подойти к обсуждению психологической природы этих процессов, нам необходимо сделать некоторое отступление, обратившись к существующим в психологии представлениям.

В отечественной психологии уже давно принято в качестве бесспорного положение о том, что развитие психики не есть стабильное и непрерывное движение, оно представляет собой прерывистый процесс, чреватый кризисами (Выготский Л. С., 1983; Божович Л.И., 1968; Запорожец А.В., 1986; Леонтьев А.Н., 1975; Эльконин Б.Д., 1989; и многие, многие другие). Понятие "кризис развития" использовано Л.С.Выготским еще в 30-х годах нашего столетия (Выготский Л.С., 1983) для понимания переходных периодов в развитии психики ребенка. Согласно Л.С.Выготскому, кризисы развития возникают на "стыке двух возрастов и знаменуют собой завершение предыдущего этапа развития и начало следующего" (Божович Л.И., 1978. С.26). Накапливающиеся на каждом возрастном этапе онтогенеза психологические изменения подготавливают переход на новый этап психического развития, а новообразования каждого предыдущего этапа

развития становятся основой для формирования психики на следующем этапе.

Л.С.Выготский ввел в этой связи в "психологический обиход" понятие "социальная ситуация развития" в качестве исходного момента анализа при рассмотрении динамики психического развития ребенка. "Социальная ситуация развития", в понимании Л.С.Выготского, не есть просто среда, т.е. то, что находится вне человека в виде совокупности объективных внешних факторов развития, не есть просто обстановка развития, а представляет собой "то особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, которое является типичным для каждого возрастного этапа" (Божович Л.И, 1988. С. 152) и обуславливает как психическое развитие на этом этапе, так и психологические новообразования, возникающие в этот период.

Рассматривая вопрос о роли среды и наследственности в развитии ребенка, Л.С.Выготский отмечает: "Всякое развитие в настоящем базируется на прошлом развитии. Развитие не простая функция, полностью определяемая икс-единицами наследственности плюс игрек-единицами среды. Это исторический комплекс, отображающий на каждой данной ступени заключенное в нем прошлое. Другими словами, искусственный дуализм среды и наследственности уводит нас на ложный путь, он заслоняет от нас тот факт, что развитие есть непрерывный самообуславливаемый процесс, а не марионетка, управляемая дерганьем двух ниток...

Раскрыть самодвижение процесса развития - значит понять внутреннюю логику, взаимную обусловленность, связи, взаимосцепление отдельных моментов из единства и борьбы заложенных в процессе развития противоположностей" (1983. Т.5. С.309-310).

Л.С. Выготский обращает особое внимание на важность решения вопроса о роли среды в развитии человека: "Одна из величайших помех для теоретического и практического изучения детского развития - неправильное решение проблемы среды и ее роли в динамике возраста, когда среда рассматривается как нечто внешнее по отношению к ребенку, как обстановка развития, как совокупность объективных, безотносительно к ребенку существующих и влияющих на него самим фактом своего существования условий. Нельзя переносить в учение о детском развитии то понимание среды, которое сложилось в биологии применительно к эволюции животных видов" (Выготский Л.С., 1984. Т.4. С.258).

И далее: "... К началу каждого возрастного периода складывается совершенно своеобразное, специфическое для данного возраста, исключительное, единственное и неповторимое отношение между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной. Это отношение мы и назовем социальной ситуацией развития в данном возрасте. Социальная ситуация развития представляет собой исходный момент для всех динамических изменений, происходящих в развитии в течение данного периода. Она определяет целиком и

полностью те формы и тот путь, следуя по которому ребенок приобретает новые и новые свойства личности, черпая их из социальной действительности, как из основного источника развития" (там же).

Следовательно, изучая динамику и содержание психических изменений, необходимо, прежде всего, раскрыть социальную ситуацию развития. Другой важный вопрос, возникающий в этой связи, — "как из жизни... в этой социальной ситуации необходимо возникают и развиваются новообразования..." (там же), т.е. новые черты личности, структура сознания и т.д. Следующий шаг - психологические последствия, связанные с возникновением психологических новообразований: это новое восприятие окружающего мира, изменение внутренней жизни и активности и т.д. В свою очередь это означает распад прежней социальной ситуации развития и возникновение новой. Такова общая схема динамического развития возраста.

Обращение к понятию "социальная ситуация развития" при обсуждении вопросов изменения и развития личности в условиях соматического заболевания ставит перед нами задачу уточнения самого содержания этого понятия, его дифференциации с другими, сходными по значению понятиями. Прежде всего необходимо обратиться к представлению о социально-психологической ситуации или, точнее, социально-историческом образе жизни. В литературе мы часто находим использование этих понятий как идентичных. В частности, рассматривая

проблемы развития личности, А.Г.Асмолов (1990) обращается к понятию социально-исторического образа жизни, который "характеризуется как совокупность типичных для данного общества, социальной группы или индивида видов жизнедеятельности, которые берутся в единстве с условиями жизни данной общности или индивида (Асмолов А.Г., 1990. С. 166). Автор подчеркивает, что социальная ситуация развития "представляет собой именно условие осуществления деятельности и источник развития его личности" (там же), без которого "невозможен сложный процесс строительства личности", но вместе с тем эти условия рассматриваются "как безличные" предпосылки развития личности (там же).

Можно согласиться с автором в том, что социально-психологические условия в подобном их понимании имеют "безличный" характер, но в этом случае они не есть то же самое, что "социальная ситуация развития". Л.С.Выготский, как мы уже отмечали, подчеркивает в качестве главного признака социальной ситуации развития "особое сочетание внутренних и внешних процессов развития", т.е. рассматривает ее как единство, "сплав" особого рода, образующийся в деятельности человека. Последняя и служит источником того, что нейтральные, "безличные" условия (социально исторический образ жизни, социально-психологическая ситуация) приобретают эмоциональную окраску, пристрастность, "личностность".

Процесс подобного наделения нейтральных элементов ситуации субъективной значимостью уже давно стал привлекать пристальное внимание психологов. К.Левин вводит для описания этого круга феноменов понятие "жизненное пространство", обозначающее реальность особого рода, объединяющую субъекта с его потребностями и намерениями и его психологическое окружение (Lewin K., 1935, 1936; Зейгарник Б.В., 1981). При этом "конкретное поведение человека является реализацией его возможностей в данном жизненном пространстве" (Зейгарник Б.В., 1981, С.47); введением понятия "временная перспектива" К.Левин включает прошлое и будущее человека в структуру текущего плана жизни.

Идея К.Левина была использована В.К.Вилюнасом при анализе процессов онтогенетического развития мотивации (Вилюнас В.К., 1990). В частности, вводя понятие "мотивационное поле", автор отмечает, что "жизненное пространство" может быть рассмотрено (в современной интерпретации) как "субъективно переживаемый образ действительности" (с.248), а совокупность взаимодействующих субъективно пристрастных отношений, собственно, и является реальным носителем упомянутого мотивационного поля" (там же). Приведем еще несколько фрагментов из работы В.К.Вилюнаса, имеющих непосредственное отношение к обсуждаемой теме. Автор отмечает: "Тезис о всеобщей мотивационной значимости отражаемых явлений определяет

специфическое представление о реальном (и ситуативном) обнаружении человеческой мотивации. Из него следует, что человек в каждый момент находится под влиянием целой системы актуализированных мотивационных отношений и побуждений, составляющих вследствие взаимодействия своего рода *мотивационное поле* (курсив мой - В.Н.), которое динамично и гибко определяет как достигаемые им цели, так и многочисленные нюансы способа их достижения..." (Вилюнас В.К., 1990. С. 248). И далее: "В ситуационном развитии мотивации происходит постоянное разворачивание в динамическое субъективное мотивационное поле порождаемых этими системами оценок и побуждений; в развитии мотивации субъект находится в постоянном поиске оптимальных решений (если не стратегических, то тактических, в мотивационном поле будущего; его решения формируют мотивационные системы, которые в мотивационном поле настоящего непосредственным побуждениям противопоставляют особый слой мотивации долженствования. Направленность поведения человека в каждый момент определяется балансом устанавливающихся в этой движущейся системе сил" (Вилюнас В.К., 1990. С.257).

Можно легко заметить, что в данном подходе утверждается мысль о неразрывном единстве человека и мира (среды, социальной ситуации); единстве, творцом которого выступает сам субъект, наделенный потребностями, мотивами, т.е. "внутренними необходимостями жизни" (Вилюнас В.К., 1984). Он

выступает как в качестве активного творца собственного внутреннего мира, так и мира вокруг себя (хотя последний и существует вне и независимо от субъекта).

Понятие, близкое по психологической сущности понятию "мотивационное поле" было введено в свое время также Н.А.Бернштейном (1966) при анализе живого движения. Это "моторное поле". Конечно, сложная архитектура живого движения все же не идет ни в какое сравнение с теми проблемами, запутанными жизненными отношениями, конфликтами и т.д., в условиях которых разворачивается и воплощается в жизнь человеческий - личностный поступок. Тем более впечатляющее значение могут иметь идеи Н.А.Бернштейна, получившие плодотворное развитие в работах отечественных психологов (Гордеева, Зинченко, Девишвили, 1975; Гордеева, Зинченко, 1982; Запорожец А.В., 1986; и многие другие). Движение, как утверждает Н.А.Бернштейн - активный поиск, направленный на решение двигательной задачи; оно осуществляется во внешнем пространстве, но имеет и собственное внутреннее пространство, включающее когнитивные и эмоционально-оценочные компоненты. Вся "совокупность свойств моторики в ее взаимоотношениях с внешним пространством" (цит. по: Запорожец А.В., 1986. С. 147) и составляет моторное поле. Последнее "строится посредством поисковых пробующих движений, зондирующих пространство во всех направлениях" (там же). Таким образом, даже относительно более простые формы

психической активности предполагают, с одной стороны овладение внешними условиями предметного пространства, собственными возможностями, их соотносением не только в пространстве, но и во времени. Это последнее обстоятельство - модель будущего или "потребного будущего" по Н.А.Бернштейну - основа решения двигательной задачи. А.В.Запорожец замечает в этой связи: "... В живом движении присутствуют как бытийные характеристики, так и характеристики, которые принято называть собственно психологическими, субъективными. Иными словами, в нем в неразвитой и поэтому трудно расчленимой форме присутствуют значение и смысл" (там же. С. 150).

Можно предположить в этой связи, что в такой сложной форме активности, каковой является деятельность личности в социальном пространстве, сочетание подобных бытийных и субъективных характеристик выступает в еще более настоятельной, сложной и многозвенной форме.

Обратимся к еще одному понятию, введенному в психологическую литературу Ф.Е.Васильюком (1984). Это понятие "жизненный мир". Окружающий человека мир, как справедливо заключает Ф.Е.Васильюк, "оставаясь объективным и материальным, не есть, однако, физический мир, т.е. мир, как он предстает перед наукой физикой, изучающей взаимодействие вещей, это - жизненный мир" (Васильюк Ф.Е., 1984. С.86). Человек, да и любое живое существо, "изначально вживлено в этот

мир, связано с ним материальной пуповиной своей жизнедеятельности" (там же). Выделяя внешний и внутренний аспекты жизненного мира, представляя теоретически сконструированную типологию жизненных миров, исследователь последовательно проводит мысль о единстве и нерасторжимости связи человека с его сложной внутренней организацией (сопряженностью, связанностью отдельных "единиц жизни") и мира, "видимого сквозь призму его жизни и деятельности" (там же. С.92). Утверждается динамизм этого особого образования, его возможная гибкость и подверженность развитию. Последнее осуществляется по инициативе самого субъекта жизни, человека.

Наконец, в контексте обсуждаемой темы невозможно не остановиться на активно ведущихся в последние годы исследованиях по психологии образа (Смирнов С.Д., 1985). Ряд положений, убедительно аргументированных в этих исследованиях, привлекают наше внимание. Прежде всего, обращает на себя внимание мысль о том, что "любой образ есть не что иное, как элемент образа мира" (Смирнов С.Д., 1985. С. 145); образ мира есть целостность, которая не составляет простую сумму образов отдельных явлений, "а с самого начала развивается и функционирует как некоторое целое" (там же. С. 144). В генетическом плане образ мира имеет социальную деятельностную природу; он рождается в "ходе освоения и развития деятельности и общения" (там же. С. 149). Функциональное значение образа мира, как утверждается

в данном исследовании, состоит в том, что он "предшествует актуальной стимуляции". "Образ мира генерирует познавательные гипотезы не только в ответ на познавательную задачу, а постоянно" (там же. С.145), благодаря чему непрерывно происходит движение от "субъекта на мир".

Принципиальное значение имеет утверждение о том, что "любой самый простой познавательный акт, завершающийся построением образа, начинается по инициативе субъекта, т.е. имеет в качестве первого звена процесс, детерминированный внутренней самообусловленностью субъекта" (там же. С.164). Благодаря овладению системой значений, субъект получает возможность отражения скрытых "глубоких, существенных характеристик мира", образующих его "ядерные структуры" (там же. С. 149). В частности, к числу последних относится и отражение "узлов деятельности в форме значений, узлов биодинамической ткани движения, отражаемых в темном мышечном чувстве" (там же). Следовательно, являясь продуктом деятельности, образ мира, в свою очередь, обнаруживает "инициирующие и регулирующие" влияния на нее. Последнее возможно только в том случае, если "психика выполняет активную роль на всех этапах развития системы "деятельность - образ" (там же. С. 168). Изучение активного "вклада" эмоций, мотивов, установок в познавательную деятельность человека предполагает раскрытие сущности их опосредствованного

активирующего влияния - "через модификацию целостного образа мира" (там же. С.210).

Итак, подведем итоги. Начиная с высказанных еще в 30-е годы идей Л.С.Выготского о социальной ситуации развития и до настоящего времени в отечественной психологии (в работах школы Л.С.Выготского) ведутся мучительные поиски той единицы анализа, которая содержала бы в себе как в капле воды представление о человеке, его психике в единстве с миром. Для Выготского и его последователей - это социальный мир, человеческая культура, история (что и отличает позицию Л.С.Выготского и его учеников от концепции К.Левина). Мы находим в упоминавшихся выше работах различную расстановку акцентов, преобладающее выделение одного из аспектов анализа того сложного образования, которое Л.С.Выготский называл социальной ситуацией развития. Наше пристрастие к этому понятию легко объяснимо. Оно традиционно, вся совокупность работ в области генетической психологии базируется на этом понятии. Оно "приросло" к проблеме развития психики. Разделяя точку зрения тех исследователей, которые не ограничивают онтогенез первоначальным формированием психики, а предполагают возможность продолжающегося в течение жизни человека развития (в том числе, и личностного), мы рассматриваем социальную ситуацию развития как основное звено психологического анализа этого процесса.

Исследования последних лет, рассмотренные выше, открывают возможность более полного раскрытия сущности этого понятия, включения его в контекст современных общепсихологических теоретических положений. Обратимся в этой связи снова к определению понятия "социальная ситуация развития", данного первоначально Л.С.Выготским: среда не есть обстановка развития, а представляет собою особое сочетание внутренних и внешних процессов развития. Необходимо отметить, что для Л.С.Выготского (и его школы) социальная ситуация развития не есть простая совокупность отдельных элементов, характеризующих порознь внешние условия ситуации и внутренние качества субъекта. Обращаясь к категориальному аппарату теории деятельности, можно было бы сказать, что это совокупность социальных отношений, устанавливаемых в деятельности субъекта и реализуемых в ней. Не случайно Л.С.Выготский отмечает, что внешние элементы среды могут сами по себе не изменяться, но социальная ситуация развития в то же время может коренным образом перестроиться за счет совершившихся внутренних изменений субъекта, перестроек его деятельности (добавим мы), приведших к изменению всего внутреннего психического мира человека.

Следовательно, структура социальной ситуации развития задается актуальной деятельностью субъекта в данном социальном пространстве. Человек как творец жизни, собственного развития идет "навстречу миру" в

своём познании этого мира. Он строит свой образ мира, элементы которого модифицируют для него наличную актуальную ситуацию. Благодаря присутствию в образе мира эмоционально-мотивационных компонентов возникает возможность наделения внешних элементов ситуации личностными метами, пристрастностью, субъективностью (мотивационное поле, по В.К.Вилюнасу). Можно было бы отметить даже, что в процессе деятельности, ориентированной на познание мира, субъектом в данной наличной ситуации строится собственная социальная ситуация развития; это творческий акт самоопределения себя в мире. В литературе мы находим понятие "процесс опредмечивания образа", отражающее зависимость деятельности субъекта в наличной ситуации от его образа мира (Давыдов, 1979; Смирнов, 1985). Т.е. образ мира опосредует производимую в деятельности субъекта структуризацию и категоризацию элементов социальной среды, с одной стороны, и собственного внутреннего мира, с другой.

Другой важной, как нам представляется, особенностью социальной ситуации развития является то, что она включает в себя как имеющиеся в данный момент, презентированные в образе мира человека элементы, так и отсутствующие. Они открываются в ней за счет познавательной активности субъекта,

Полезно вспомнить в этой связи, что тем узлом, который связывает эти элементы, для Л.С.Выготского выступает переживание. Критический анализ подобного подхода

содержится в ряде работ отечественных психологов; наиболее развернуто эта критика представлена в школе Л.И.Божович (1968).

При всем очевидном сходстве подобного понимания сущности социальной ситуации развития с тем образованием, которое В.К.Вилюнас называет мотивационным полем, нельзя не отметить и имеющиеся различия. Главное из них состоит в том, что она как чрезвычайно динамичное образование может функционировать только при наличии непрекращающегося диалога человека с миром: с другими людьми и воплощенным в предметном мире их социальным опытом; с самим собой - в процессе формирования образа ситуации, а также реализации себя как личности.

Мы уже отмечали, что сам факт болезни, угрожающей жизни и благополучию человека, стимулирует его познавательную активность. Она направлена при этом не только на поиск причин и сущность самого телесного страдания (этот аспект познавательной активности больного нашел отражение в работах А.Ш.Тхостова, 1991; Г.А.Ариной, 1991; О.И.Ефремовой, 1991), но и всего того, что выходит непосредственно за его пределы. Как жить дальше? На что опереться, чтобы сохранить жизнь и свой человеческий облик? Все эти задачи на "смысл" не могут не отразиться на структуре социальной ситуации развития в целом. Они наполняют ее элементы чрезвычайно напряженным эмоциональным зарядом,

способным ограничить всю жизненную активность человека рамками одного этого поиска.

Обратимся теперь к другому важному в контексте данной работы понятию - кризис развития.

**Динамика ВКБ как показатель кризиса
развития личности
в условиях болезни**

Анализ современного состояния проблемы изучения личности больных хроническими соматическими заболеваниями приводит к убеждению в том, что основным личностным феноменом, содержащим в себе в свернутом виде всю драму личностных трансформаций в условиях болезни, является внутренняя картина болезни (ВКБ). Именно этим обстоятельством обусловлена частота обращения исследователей клинико-психологической ориентации к феномену ВКБ. Остановимся более подробно на ряде важных характеристик, создающих особый статус феномена ВКБ.

Во-первых, обращаясь к изучению ВКБ, следует оценить уникальность данного феномена. В чем она выражается? Прежде всего, в универсальности явления. ВКБ как "продукт" собственной внутренней творческой активности субъекта формируется в своих более или менее развернутых формах при любом соматическом страдании - начиная от однократных эпизодов боли, дискомфорта до грубых проявлений соматической патологии (при тяжелых хронических заболеваниях тела). Каждый человек, имея хотя бы и ограниченный опыт

соматической болезни, может наблюдать ее формирование у самого себя: "прислушивание" к неприятным локальным ощущениям (боли, давления, "жжения" и др.), попытка разобраться в источнике этих ощущений, соотнести их с имеющимся собственным опытом и сведениями, полученными от других людей, медицинского персонала, специальной литературы, средств массовой информации. Человеку свойственно в этих условиях стремление понять, насколько угрожает его жизни и здоровью то или иное неприятное ощущение или состояние организма, а также стремление предпринять некоторые активные попытки избавления от страдания. Таким образом, обширная зона психической активности сразу же фокусируется на страдании. Изучение сущности этого процесса - важнейшее условие успешной разработки проблемы личности и ее изменений у соматически больных.

Оригинальная теоретическая модель становления ВКБ предложена в работах Г.А.Ариной и А.Ш.Тхостова (Арина Г.А., Тхостов А.Ш., 1990; Тхостов А.Ш., 1991). Принципиальная новизна их подхода состоит в том, что авторы предлагают рассматривать процесс формирования ВКБ как особую форму познавательной деятельности (соматоперцепции), "обладающей собственным содержанием и специфичностью, но, тем не менее, подчиняющейся общепсихологическим закономерностям формирования, развития и функционирования" (Арина Г.А., Тхостов А.Ш., 1990. С.33). Такой подход позволяет

преодолеть существующий недостаток представлений о ВКБ как о психологическом образовании, состоящем из относительно независимых составляющих - сенситивной и интеллектуальной части ВКБ. Авторы предлагают рассматривать ВКБ как "сложное многоуровневое образование, включающее в себя чувственную ткань, первичное и вторичное означение, личностный смысл" (там же. С.37). Тесная взаимосвязь и взаимопереходы этих уровней порождения и функционирования ВКБ обеспечивают ее динамичность, гибкость, "переходы как от чувственной ткани к личностному смыслу, так и от личностного смысла через означение к чувственной ткани" (там же. С.37).

Полностью разделяя взгляды авторов на структуру и динамику ВКБ, считаем необходимым отметить, что, анализируя психогенез ВКБ, авторы сосредоточили преимущественное внимание на психосемантическом аспекте интрацепции в структуре ВКБ. В то же время в сферу познавательной активности больного попадают не только сами ощущения, но и оценка ожидаемых результатов лечения (Смирнов В.М, Резникова Т.Н., 1983) и всей будущей жизни в целом. Правда, в исследовании А.Ш.Тхостова затрагивается вопрос о личностном смысле болезни, представляющем "жизненное значение для субъекта объективных обстоятельств болезни по отношению к мотивам его деятельности (Тхостов А.Ш., 1991. С.30). Выделяя негативный, позитивный и конфликтный личностный смысл болезни, автор не

подвергает специальному анализу вопрос о том, как в процессе становления ВКБ происходит смена личностного смысла болезни, какие психологические механизмы обеспечивают этот процесс.

ВКБ относится к числу немногих психических новообразований периода взрослости, в отношении которого исследователь получает возможность проследить все фазы формирования, проанализировать условия, влияющие на его становление.

Этот аспект формирования и функционирования ВКБ подвергнут серьезному научному анализу в работах последних лет (Арина Г.А., Тхостов А.Ш., 1991).

Подобные задачи были поставлены в исследовании Т.Ю.Мариловой, рассматривавшей динамику мотивационных изменений на разных этапах лечебно-диагностического процесса у онкологических больных (Марилова Т.Ю., 1985).

ВКБ позволяет в значительной степени эксплицировать весь сложный процесс самопознания заболевшего человека, вычленить те средства, которые использует человек для осуществления этого познавательного процесса. В то же время, в особенности на начальных стадиях формирования, ВКБ открывает возможность понимания особых способов, приемов преодоления, овладения собственным поведением, используемых человеком в сложной жизненной ситуации. Тем самым анализ ВКБ открывает возможность проникновения в компенсаторный потенциал личности.

Все сказанное приводит нас к убеждению в том, что открывающийся через динамику формирования ВКБ процесс изменения мотивационной (смысловой) сферы личности может быть прослежен в ходе специально организованного исследования. Подобный путь был уже применен нами в прежних работах (Николаева В.В., 1976; 1984; 1987). В частности, было выявлено, что основными показателями, позволяющими зафиксировать мотивационную динамику, являются качество и динамика эмоционального состояния, его вклад в содержание ВКБ. Как отмечал А.Н.Леонтьев, "эмоции выполняют функцию внутренних сигналов"... они сражают отношения между мотивами (потребностями) и успехом или возможностью успешной реализации отвечающей им деятельности субъекта" (1975. С. 198). Можно, следовательно, сказать, что появление (или смена) эмоциональной составляющей ВКБ есть всегда сигнал о возможной личностной перестройке.

Признавая правомерность и теоретическую и эмпирическую обоснованность разработанного А.Ш.Тхостовым подхода к ВКБ, мы тем не менее считаем, что предложенный нами ранее путь поуровневого анализа ВКБ более приемлем и адекватен для решения поставленной задачи: проследить через анализ формирования ВКБ динамику становления личностных (точнее, мотивационных) новообразований в процессе течения и лечения тяжелых хронических соматических заболеваний.

Напомним в этой связи, что было предложено (1987) рассматривать ВКБ как сложное, структурированное образование, включающее, по крайней мере, четыре уровня психического отражения болезни:

первый уровень - чувственный, уровень ощущений;

второй уровень - эмоциональный, связан с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;

третий уровень - интеллектуальный, связан с представлением, знанием больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях;

четвертый уровень - мотивационный, связанный с определенным отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

Основное внимание мы предполагаем обратить на характеристику эмоционального и мотивационного уровня (т.е. личностного смысла болезни и ее последствий), их содержание, динамику и последствия для судьбы больного и развития личности. Подобное расчленение продиктовано самой логикой стоящих перед нами задач.

Влияние ситуации сложного лечения на динамику внутренней картины болезни

В особенностях внутренней картины болезни (ВКБ) отражается целый ряд важных для врача и психологической судьбы больного моментов. Можно

указать на несколько из них, значение которых первостепенно:

преморбидная личность больного; актуальная жизненная ситуация, в которой находится больной; прогностические признаки, важные для оценки возможности формирования у больного психических отклонений от нормы, патохарактерологических сдвигов и аномального развития личности.

Таким образом, ВКБ - основной комплекс вторичных, психологических по своей природе, симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса. Этот вторичный симптомо-комплекс сам по себе может стать источником стойкой инвалидизации больного.

Для оптимального проведения психокоррекционной работы важно установить, каким образом протекает формирование ВКБ. Каждый из уровней ВКБ, о которых речь шла в предыдущем разделе, проходит свой особый путь формирования. Кроме того, каждый из них в разной степени может быть выражен на отдельных этапах течения болезни.

В формировании ВКБ принимают участие различные обстоятельства. Удельный вес каждого из них различен на разных этапах диагностического и лечебного процесса. При этом имеют важное значение как объективные условия жизни больного (социальные условия его жизни, объективная тяжесть заболевания, объективный прогноз,

степень витальной угрозы и т.д.), так и субъективный контекст деятельности (направленность больного, уровень общей активности, особенности самооценки, то есть весь комплекс преморбидных особенностей личности). Не меньшую роль при этом играет и совокупность ситуационных особенностей жизни больного, его взаимодействия с миром. Важным ситуационным фактором, формирующим ВКБ, становится вся ситуация лечения: тяжесть и длительность лечебных процедур, степень зависимости больного от медицинской аппаратуры и персонала, содержание и стиль взаимоотношений больного с медицинскими работниками.

Достаточно хорошей моделью для изучения роли всех этих воздействий, влияния их на динамику ВКБ, является ситуация лечения больных ХПН гемодиализом. Специфика лечения больных гемодиализом такова, что все ситуационные и содержательные компоненты лечебной ситуации оказываются при этом чрезвычайно заостренными, выступают для исследователя в особенно выпуклой форме.

Психические и неврологические нарушения у больных ХПН характеризуются большим разнообразием. При этом в литературе отмечается типичное для соматогений уменьшение полиморфизма психических нарушений по мере утяжеления соматического состояния (Цивилько, Гудкова, 1972; Цивилько, 1977). Возникновение психических нарушений связывают с уремической интоксикацией (Глориозова, Хондкарин,

Шульцев, 1980; Лебедев, 1976; Мартынов, Малкова, Чекнева, 1980) отеком мозга, сосудистыми и метаболическими нарушениями, органическими изменениями в головном мозге (Цивилько, 1977).

В процессе лечения гемодиализом психические нарушения также претерпевают ряд изменений. Гемодиализ, с одной стороны, уменьшает интоксикацию, неблагоприятно воздействующую на мозг, с другой стороны, как отмечает М.А.Цивилько (1977), улучшение соматического состояния выдвигает на первый план иные аспекты ситуации - психотравмирующее влияние болезни и лечения. Астения еще при этом создает благоприятную почву для формирования психогенных реакций (чаще всего астено-депрессивного характера).

В литературе мы находим указания на то, что в ситуации лечения гемодиализом больной ХПН оказывается под воздействием многих стресс-факторов. Так, Б.А.Лебедев (1976) выделяет три группы подобных воздействий, связанных с гемодиализом:

1) связанные с самой процедурой гемодиализа (принятие решения о гемодиализе, забота об артерио-венозном шунте, боязнь его тромбирования, постоянная и полная зависимость от аппарата и медицинского персонала, длительность сеанса и т.д.); связанные с изменением всей жизненной ситуации больного: уход из коллектива, внезапность перемены обстановки, окружение тяжело больных людей, их смерть, разлука с семьей; дополнительные ограничения желаний и

влечений,

налагаемые режимом лечения, что приводит к состояниям фрустрации (сюда, прежде всего, относятся диета и снижение половой потенции).

Некоторые исследователи обратили внимание на особенности формирования в этих условиях внутренней картины болезни. Зикеева Л.Д. (1974, 1978) выявила у больных ХПН пониженный психологический тип переживания болезни, который расценивается часто как проявление защитных психологических механизмов "отрицания болезни". Однако эти больные только внешне, как отмечает исследователь, производят впечатление недооценивающих болезнь, но на самом деле они понимают серьезность своего положения, крайне болезненно переживают его, но при том стараются "отбрасывать" страшные мысли о болезни и не показывать их окружающим. Wright (1966) с помощью ММР1 обнаружил изменения в шкалах, характерные для механизмов отрицания. Reichsmann, Norman и др. (1972) также утверждают, что ни у одной группы больных не наблюдали такого широкого использования механизма отрицания. Еще более противоречивы данные, касающиеся изменения личностных реакций на болезнь в связи с использованием гемодиализа. Goldstein и Resnikoff (1971) отмечают, что во время гемодиализа на первый план нередко выступают недооценка болезни или ее полное отрицание, легкомысленное отношение к диете, режиму. М.А.Цивилько (1970, 1977) особенностью личностных

сдвигов у больных, находящихся на гемодиализе, считает полную фиксацию на болезни, сниженный фон настроения, аффективную неустойчивость. Автор отмечает, что исключительно важное влияние на внутреннюю картину болезни оказывает микрогруппа: больные отделения, персонал, семья.

Проблема адаптации к лечению гемодиализом, прогноза "психологической пригодности" к условиям лечения остается практически очень важной. Решение ее связывается, прежде всего, с разработкой психологического и этического аспектов. По нашему мнению, ключевым здесь должно стать понятие внутренней картины болезни.

Мы предприняли (совместно с нашей дипломницей Г.А.Ариной и соискателем Т.Н.Муладжановой) попытку изучения динамики внутренней картины болезни у больных ХПН, находящихся на лечении гемодиализом.

Сама идея сложной, многофакторной (личность, болезнь, ситуация лечения) детерминации субъективного переживания болезни содержит в себе указание на чрезвычайную "чуткость", динамичность этого психологического феномена. Взаимодействуя, указанные факторы создают картину закономерного становления и развития ВКБ.

Можно предположить, что независимо от нозологической специфики, отношение к болезни имеет одни и те же этапы становления, одни и те же закономерности формирования, источник которого

следует искать в закономерностях складывающейся вследствие заболевания ситуации, в частности, ситуации лечения. Мы предположили, что динамика ВКБ может быть обусловлена не только сменой видов лечения, но может существовать при использовании одного вида лечения. Под лечением здесь, конечно, понимается не только использование каких-то лечебных процедур, а вся ситуация в целом: особенности госпитального режима, разлука с родными, изменение отношений с ними, особенности взаимоотношений с персоналом, отношения с другими больными и т.д. Мы считаем, что динамика ВКБ связана с реструктурированием ее, изменением иерархии уровней, сменой ведущего уровня ВКБ.

Ситуация лечения гемодиализом позволяет выявить и охарактеризовать роль каждой группы факторов в формировании ВКБ (личности, болезни, ситуации лечения). Как уже отмечалось, ситуация лечения гемодиализом имеет ряд особенностей. Во-первых, больные, как правило, поступают на лечение в очень тяжелом состоянии. Гемодиализ - единственное средство продлить их жизнь. Во-вторых, гемодиализ по своему назначению (органозамещающая терапия) только средство "оттянуть" летальный исход и подготовить больного к операции трансплантации почки. Это может длиться достаточно долго (несколько лет), и больные долгие месяцы могут находиться в стационаре. В-третьих, гемодиализ очень сложная процедура, в которой используется новейшая техника (аппарат "искусственная

почка"). Фактически получается, что жизнь человека начинает зависеть от машины; в первую очередь, от ее исправности. В этой ситуации роль персонала, а значит, и отношение больных к медперсоналу несколько иные, чем в других клинических условиях. Важно было проследить отражение этих особенностей гемодиализа в субъективных переживаниях и преломление всей ВКБ в системе отношений больного. Наша работа имеет и практический аспект: поиск и выявление путей и возможностей психологической и психотерапевтической помощи больным, находящимся в ситуации длительного лечения.

Исследование проводилось на группе больных ХПН, уже описанных нами ранее, поэтому, не останавливаясь на ее общей клинической характеристике, обратимся к краткому рассмотрению методического инструментария данной части исследования. Отметим сразу же, что выбор методик исследования был продиктован как основной задачей этой части работы - исследовать динамику мотивационных изменений через призму ВКБ, так и спецификой клинического объекта исследования, а именно: особенностями их физического статуса, высокой вероятностью проведения исследования во время сеанса гемодиализа (в этом случае часто больные были лишены возможности писать, рисовать и т.д.). Кроме того, необходимо было использовать методики, допускающие повторное применение с целью выявления динамики ВКБ в ходе лечения.

В качестве методик исследования личностных параметров ВКБ были взяты: клиническая беседа, модифицированный вариант методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн, а также несколько видоизмененный нами (в соавторстве с Т.Н.Муладжановой) вариант методики "незаконченные предложения" Сакса и Сиднея.

Сущность модификации методики "Самооценка" состояла в том, что к традиционным четырем шкалам (предложенным С.Я.Рубинштейн, 1970) добавлялись шкалы "психическое здоровье" и "состояние по сравнению с другими пациентами отделения". При обработке полученных результатов была использована схема, предложенная нашим соискателем Т.В.Виноградовой (1979), согласно которой каждая шкала делится на пять равновеликих отрезков (по 3 см каждый) и производится количественный подсчет попадания оценок в каждый интервал. Методика "Незаконченные предложения" была изменена таким образом, чтобы исключить необходимость вписывать окончания предложений. Больным сообщалось, что исследуется скорость реакции и предлагалось как можно скорее заканчивать предложения, которые вслух проговаривал экспериментатор. Это позволяло не только в чисто техническом отношении облегчить больному выполнение задания, но повышало его проективность и создавало дополнительную стимуляцию к выполнению задания (инструкция на скорость).

Кроме перечисленных методик для изучения мотивации больных был применен тематический апперцептивный тест в варианте Х.Хеккаузена, широко используемый в последние годы (Калинин Е.А., Морозов А.С., 1974; Гиссен Л.Д., 1976; Маркова Е.В., 1980; Коростелева И.С., 1991; и другие). Количественная обработка результатов с помощью специально разработанной автором методики засчитывающего ключа была дополнена качественной интерпретацией результатов, предложенной рядом авторов (Соколова Е.Т., и соавт., 1976; Вавилов Н.В., 1978; Соколова Е.Т., 1980) для анализа материалов "обычного" ТАТ. При этом использовались следующие параметры оценки: соблюдение инструкции, общая характеристика целей, средства достижения целей, уровень достижения цели (реально или в фантазии), особые темы (указывающие на высокую значимость данного содержания).

В качестве контрольной группы обследовано 50 здоровых испытуемых — того же возраста и образования, что и группа больных ХПН.

Остановимся на рассмотрении динамики формирования ВКБ у больных ХПН в ситуации лечения гемодиализом. Модификация проведена нашим соискателем Т.Н.Муладжановой.

1. ВКБ на этапе подготовки к лечению гемодиализом

Больные ХПН, находящиеся на консервативном лечении, обычно заранее знают о назначении им гемодиализа. В структуре ВКБ на этом этапе наиболее

выражен эмоциональный уровень, сенситивный, как правило, адекватен объективной! картине заболевания. Интеллектуальный уровень начинает также интенсивно формироваться в этот период отчасти за счет поступления избыточной информации от других больных, частично же вследствие вынужденного наблюдения за состоянием других больных, посещающих сеансы гемодиализа.

Сенситивный уровень ВКБ выражается в совокупности жалоб на самочувствие в целом. Больные отмечают слабость, тошноту, головную боль, кожный зуд. Наблюдается явная ретроспективная переоценка состояния здоровья в прошлом.

Эмоциональный уровень ВКБ в этот период характеризуется напряженным ожиданием начала лечения, страхом перед ним. Для больных характерно чувство вины в связи с заболеванием. Они сожалеют, что поздно обратились к врачу, "не уберегли себя". При заполнении бланка методики "Незаконченные предложения" больные 50 % предложений по теме "сознание вины" завершают фразой, отражающей в своем содержании факт болезни. Например: "Моей самой большой ошибкой было себя не уберечь". С сожалением рассказывают, что не смогли продолжить работу, учебу; болезнь характеризуют как препятствие на пути достижения жизненных целей. По данным методики "Незаконченные предложения" прежние жизненные цели отразились в 19% фраз, в 43% формулировалась цель — стать здоровым. По теме "прошлое" 21% ответов касался

прежнего здоровья. 25% продолжений фраз по теме "страхи и ожидания" связаны с предстоящим лечением гемодиализом.

Интеллектуальный уровень ВКБ только начинает формироваться. Оценка гемодиализа при этом отрицательная. Часть больных в беседе сообщает, что они скорее согласились бы на операцию, чем на лечение гемодиализом. В "Незаконченных предложениях" при этом 61% фраз о будущем связано с надеждой на выздоровление, удачную пересадку почки в будущем.

Мотивационный уровень ВКБ представлен на этом этапе негативной окраской всей ситуации в больнице: больные тяготеют к пребыванию в стационаре, недовольны обстановкой. Сами к общению с персоналом не стремятся, контакт с ним ограничивается только обсуждением результатов анализов, за которыми больные следят и в которых они начинают разбираться. Пристально следят за внешним видом, поведением и состоянием пациентов, находящихся на лечении гемодиализом, нередко стремятся избегать общения с ними. Прикладывают все усилия, чтобы оттянуть начало лечения гемодиализом.

Соглашаются на экспериментально-психологическое обследование с целью отвлечься, занять время, "порешать задачки". По мере выполнения заданий они вrabатываются, адекватно реагируют на похвалу и замечания экспериментатора, становятся более активными. Однако, подлинной заинтересованности, или иначе говоря, мотива экспертизы (Соколова, 1976;

Зейгарник Б.В., 1976, 1979) на этом этапе лечения у больных создать не удастся. Цель исследования в сознании больных не соотносится с волнующей их проблемой начала лечения гемодиализом.

2. ВКБ на этапе начала лечения гемодиализом

На этом этапе лечения наблюдается два варианта ВКБ. Их формирование связано с влиянием таких факторов, как продолжительность предварительного подготовительного периода к гемодиализу, тяжесть соматического состояния до начала лечения.

Первый вариант выделен у больных, поступивших на лечение в тяжелом соматическом состоянии, вследствие которого лечение гемодиализом было предпринято вскоре после поступления в стационар. Соотношение структурных компонентов ВКБ у этих больных было следующим.

Сенситивный уровень характеризуется значительным улучшением общего самочувствия, уменьшением количества жалоб, изменением содержания жалоб. Больные, как правило, отмечают лишь общую слабость. Ретроспективная самооценка низка, оценка своего состояния в момент обследования выше, чем у больных на первом этапе.

Эмоциональный уровень ВКБ представлен общим подъемом настроения, иногда достигающим до степени эйфории. Больные, как и до лечения, полностью сосредоточены на гемодиализе, но знак отношения к нему меняется на противоположный. Больные отмечают

облегчение после сеанса, даже неприятные ощущения склонны интерпретировать как признаки возвращения к жизни. Меньше выражено чувство вины за свое заболевание (33% ответов в "Незаконченных предложениях" вместо 50% на подготовительном этапе). Менее значимым становится отношение к состоянию здоровья в прошлом: только, 12 % продолжений фраз по теме "прошлое" касаются здоровья.

Интеллектуальный уровень содержит благоприятную оценку перспектив лечения, высказывания содержат надежду на выздоровление. В "Незаконченных предложениях" 75 % окончаний фраз по теме "будущее" связано с надеждой на выздоровление. Значительно уменьшается количество окончаний фраз с пессимистической оценкой будущего (2 % против 15 % на подготовительном этапе).

Мотивационный уровень характеризуется актуализацией прежних жизненных целей. Больные начинают обсуждать перспективы возвращения к профессиональной деятельности, рассказывать о своих планах и намерениях. Показательно в этом отношении сравнение результатов по методике "Незаконченные предложения" с этапом, предшествующим лечению. Так, если на этапе подготовки к лечению гемодиализом прежние цели отражались в 19% ответов, то теперь - в 45% . Отношение к врачам и медицинскому персоналу окрашено положительными эмоциями. Больные тепло отзываются о врачах, стремятся к общению с персоналом

отделения. Изменяется даже внешний облик больных: они начинают следить за своим внешним видом, женщины начинают применять косметику.

В беседу с психологом больные включаются легче, подробно отвечают на вопросы, охотно выполняют предложенные задания, проявляют к ним интерес. Адекватно реагируют на похвалу и порицания. Вместе с тем, часто объясняют наличие ошибок в работе случайностью, невниманием, отсутствием должной тренировки; то есть обнаруживают несколько "облегченное" и не вполне критичное отношение к работе.

Характерной особенностью ВКБ этих больных на начальном этапе лечения гемодиализом является формирование завышенной модели ожидаемых результатов лечения: больные считают, что уже в скором времени наступит полное выздоровление, возвращение к прежнему образу жизни, к труду.

Другой тип ВКБ наблюдается у больных, прошедших через длительный этап подготовительного консервативного лечения. В структуре ВКБ этих больных эмоциональный уровень менее выражен, чем на подготовительном этапе, в то же время хорошо представлен интеллектуальный уровень ВКБ. Остановимся на более детальной характеристике ВКБ у этих больных.

Сенситивный уровень ВКБ характеризуется уменьшением числа жалоб: соответствием их содержания объективной картине заболевания, общим улучшением самочувствия. Оценивая ретроспективное свое состояние

на подготовительном этапе лечения, они считают его менее удовлетворительным, чем представляли себе раньше. При сравнении своего состояния до заболевания и в момент обследования больные вводят параметр собственного отношения к болезням. Так, больная Г. ставит по шкале "физическое здоровье" (методика Дембо-Рубинштейн) две отметки - 1974 год и в момент обследования и говорит при этом: "До 1974 года я знала, что болею, но чувствовала себя здоровой, знала, что больна, но больной себя не считала, жила полноценной жизнью". Введение параметра "отношение к болезни" позволяет снизить субъективную значимость разрыва ретроспективной и актуальной оценки своего состояния. При давая этому разрыву специфический личностный смысл, они фактически приравнивают реальное состояние к прежнему, компенсаторно повышают самооценку в момент обследования.

Эмоциональный уровень ВКБ у этих больных характеризуется снижением страха перед гемодиализом, общим повышением настроения, но без явлений эйфории. В "Незаконченных предложениях" по сравнению с подготовительным этапом лечения отмечается снижение страха и опасений в связи с гемодиализом (25% фраз на подготовительном этапе, 18% - на начальном этапе лечения гемодиализом), снижением чувства вины за собственное заболевание (50% фраз - на подготовительном этапе, 42% - на данном этапе лечения).

Интеллектуальный уровень ВКБ характеризуется изменением критериев оценки состояния. Главными в оценке становятся результаты анализов, показатели которых улучшаются в ходе лечения, и общее самочувствие после сеансов гемодиализа. Оценка гемодиализа становится более нейтральной, ровной.

Мотивационный уровень ВКБ строится с учетом отношения к персоналу. Оно становится более избирательным: выделяется врач, которому больной доверяет и к мнению которого прислушивается. Оживляются некоторые преморбидные интересы больных: во время сеансов гемодиализа они начинают читать, решать кроссворды, следить за работой аппарата "искусственная почка".

3. ВКБ на этапе хронического лечения гемодиализом

В адаптации больных к хроническому гемодиализу можно выделить два периода, которые условно можно назвать периодом "общего недовольства" и "собственно адаптацией". В структуре ВКБ у больных с неадекватной моделью ожидаемых результатов лечения на начальном этапе наиболее выражен период общего недовольства. В ВКБ у этих больных ведущим становится интеллектуальный уровень, который начинает определять содержание и других компонентов ВКБ - эмоционального и сенситивного, главным образом. Сенситивный уровень максимально объективизирован, он строится не столько на основе собственных ощущений, сколько по данным анализов и оценкам врачей. Жалоб

становится много, особенно часты жалобы на плохое самочувствие во время и после гемодиализа. Сами больные зачастую объясняют их некачественным проведением гемодиализа, обсуждают вопрос об индивидуализации лечения. Например, одна больная (К.) говорит: "Нет необходимости проводить мне длительный диализ по 5-6 часов. Я набираю 800 грамм и поэтому нуждаюсь в трехчасовом гемодиализе. Необходимо же учитывать показания? Из меня выкачивают нужную мне жидкость. Зачем? Из-за длительных сеансов падает гемоглобин, нужно его наедать, а тем самым увеличивается вес, и все больше нужен диализ. Замкнутый круг. Врачи не знают ситуации больных".

Эмоциональный уровень ВКБ у этих больных существенно изменяется. Они становятся раздражительными и конфликтными. Начинают избегать обсуждения перспектив выздоровления и вопросов, связанных с прошлым и будущим. В "Незаконченных предложениях" резко уменьшается количество продолжений фраз, положительно характеризующих будущее, перспективы жизни (48% против 75% на начальном этапе гемодиализа). Возрастает количество фраз с отрицательной оценкой будущего (23% вместо 2% ранее).

Интеллектуальный уровень ВКБ строится на основе знания больных об особенностях гемодиализа, его возможных осложнениях и т.п. Критерием оценки состояния являются показания специальных исследований и оценки врачей.

Изменяется отношение к обстановке в отделении, режиму, поведению медицинского персонала. Больные остро реагируют на малейшие замечания, высказывают различные претензии к действиям персонала. Вот примеры подобных высказываний: "нужно долго просить, чтобы к тебе подошли", "если утром спишь, то все равно разбудят в 7 часов, чтобы измерить температуру, как будто нельзя позже" и т.п. Следят за действиями персонала, ищут подтверждения его "недобросовестности". Отношение к экспериментально-психологическому исследованию в этот период негативное. Больные задают вопросы о целях, смысле исследования, отмечают, что им непонятно, зачем все это нужно, отказываются обсуждать свое состояние и проблемы, замыкаются в себе, дают формальные ответы.

В период "собственно адаптации" снова изменяется как содержание ВКБ, так и соотношение, удельный вес отдельных ее уровней.

Содержание сенситивного уровня определяют жалобы на снижение умственной работоспособности, памяти, внимания. Часть больных при этом отмечает изменения характера - раздражительность, капризность. Центром эмоциональной жизни становится операция по пересадке почки, в связи с чем все проблемы прошлой жизни теряют свою актуальность. Отношение к операции при этом двойственное: с одной стороны, с нею связываются все надежды, с другой - операция страшит и тревожит. В "Незаконченных предложениях" при этом возрастает

количество фраз по теме "страхи и опасения" (24%). К гемодиализу больные при этом относятся как к уже привычной процедуре; просят психолога провести обследование, чтобы "скоротать время".

Особенно ярко выраженной становится в этот период интеллектуальная часть ВКБ. Больные активно собирают информацию о болезни, удачных и неудачных операциях. Анализ состояния подчинен вероятности удачной пересадки почки. Возникают новые критерии оценки. Больные начинают придавать большее значение умению "держаться в руках", "не раскисать", хорошему внешнему виду, сохранности интереса к жизни. Использование больными наиболее "выгодных" для себя критериев оценки состояния особенно наглядно выступает на следующем примере. Больная С. при первом обследовании считает (в методике Дембо-Рубинштейн) самыми больными тех людей, у "которых была неудачная пересадка, у кого сердечная недостаточность". Повторно больная была исследована после неудачной пересадки почки и возвращения к лечению гемодиализом. Распределение оценок по шкалам при этом аналогично первому обследованию, однако больная использует другие критерии для этого: "Самые больные, которые лежат, не двигаются, не общаются, им все безразлично". Рассуждения больных при оценивании себя по шкалам часто противоречивы, непоследовательны. Одна из больных, например, по шкале "счастье" относит себя почти к самым несчастливым и отмечает при этом:

"Счастье - это здоровье... Но и до болезни не была счастлива, неудачная семейная жизнь, муж - алкоголик".

В этот период общение больных с персоналом носит поверхностный характер, больные пытаются использовать его (как и психолога) для выяснения оценки врачом их состояния. Отношение к экспериментально-психологическому исследованию мотивируется прежде всего стремлением больных отвлечься от волнующих их мыслей по поводу предстоящей операции. Они с интересом выполняют предложенные задания, вместе с тем избегают обсуждения вопросов о прошлом и будущем, отказываются от выполнения тех заданий, которые наталкивают их на размышления на эти темы.

Наряду с адекватным вариантом ВКБ у части больных выявлен "фрагментарный". Он отличается тем, что больные переоценивают значимость физического статуса и явно недооценивают важность психического состояния. Они предъявляют жалобы только на плохое соматическое состояние. При шкалировании самооценки по методике Дембо-Рубинштейн наблюдается значительный разрыв в оценках по шкале "здоровье" между ретроспективной оценкой прошлого и настоящего положения дел. Если говоря о прошлом (до заболевания) они отзываются о себе как о самых здоровых людях, то на момент исследования оценивают себя по этому параметру крайне низко, относят к категории почти самых больных. Настроение больных снижено. По данным "Незаконченных предложений" основной жизненной целью их становится

здоровье. Тема "здоровье" начинает резко преобладать в тех фразах, которые касаются перспектив жизни, будущего (71% - в предложениях, касающихся будущего, 48% - в теме "жизненные цели"). Перспективы лечения оцениваются противоречиво. Так, 39% окончаний фраз в теме "будущее" (по "Незаконченным предложениям") имеют оптимистическую формулировку, а 32% - пессимистическую. Существенных изменений по шкалам самооценки "психическое здоровье", "ум", "характер" не обнаруживается. В прямой связи с оценками физического состояния находятся только оценки по шкале "счастье". Если оценка по параметру "счастье в прошлом" у этих больных в 73% располагается в самой верхней зоне шкалы, то оценка того же признака "в настоящем" в 64% случаев располагается в самой нижней части шкалы. Основным критерием оценок по этой шкале является возможность работать и приносить пользу. В отделении эти больные пассивны, большую часть времени проводят в постели. Пристально следят за своим весом, анализами, соблюдают диету. Анализ собственного состояния целиком поглощает их внимание. В силу этого отношение к психологическому обследованию пассивное: легко отказываются от дальнейшей работы в случаях затруднений. Мотив экспертизы не формируется. Именно у больных с подобной ВКБ обнаруживается нарушение мотивационного компонента мышления.

Решающую роль в оформлении фрагментарного варианта ВКБ на этапе хронического гемодиализа, как мы

предполагаем, играют преморбидные особенности личности. Описанная здесь картина наблюдалась у больных, отличавшихся до заболевания нешироким кругом интересов, ограниченностью контактов с окружающими людьми, видевших основной смысл жизни в работе. Невозможность реализации прежнего мотива приводит к тому, что новый мотив "сохранение здоровья", ситуационно возникающий сначала в периоды обострения состояния, становится ведущим, определяющим все поведение и стиль жизни в целом.

Мы остановились на рассмотрении динамики ВКБ в ходе применения одного метода лечения. Можно предположить несколько иную картину при их смене. Однако, для нас важно было установить, что вся ситуация лечения в целом, особенности собственной активности больного на каждом из этапов формировали особый по содержанию тип ВКБ; динамика ВКБ в целом может быть рассмотрена как основной показатель той трансформации, перестройки, ломки личности больного, которая происходит в этот период.

Шустов Д. И. Учебное пособие по медицинской психологии (Психотерапия в практике врача). - Рязань, 1996. - 207 с. (15-43 с.)

Шустов Д. И. Личность и болезнь

Внутренняя картина болезни

На одной из многочисленных терапевтических сессий (сеансов) врач, чувствуя, что благотворительная психотерапия двадцатилетнего психотика-инвалида зашла в тупик, сделал молодому человеку "неочевидное" предложение. Он предложил ему устроиться на работу, чтобы платить за свое лечение. Секундой позже, клиент воскликнул со свойственной его диагнозу гениальной непосредственностью: "Да, но если я буду работать, это будет означать, что я выздоровел. Зачем мне тогда лечиться?".

Анализируя высказывание пациента, врач понял природу тупика. До последнего времени и врач и пациент делали вид, что стремятся к одному и тому же результату, тогда как результат их встреч каждый видел по-своему. Врач полагал под РЕЗУЛЬТАТОМ социальную реабилитацию пациента, он считал, что работать и платить за лечение его пациент смог бы, что само по себе было бы успехом. Кроме того, плата за лечение могла бы сделать пациента более ответственным за РЕЗУЛЬТАТ (Результат в представлении врача) терапии . Он перестал бы пропускать сессии, оплачивая время, затраченное врачом на его ожидание, опаздывать, ссылаясь на нездоровье, стал бы прилежней выполнять домашние тренировки и проч.

Реакция клиента на слова врача была мгновенной, по типу инсайта - интеллектуального озарения. Соглашаясь на лечение, формально принимая условия врача, клиент под "способностью трудиться" полагал окончание терапии. Его мгновенная реакция была продиктована испугом, так

как имея на руках официальный сертификат о нетрудоспособности и, не чураясь лейбла инвалида, постоянно лечась, он мог потерять ряд преимуществ своего положения, от которых не хотел отказываться. РЕЗУЛЬТАТ терапии для него был сам процесс терапии, который позволял ему :в полной мере быть "инвалидом" и реализовывать мнимые преимущества этого положения.

Теперь предположим, что существует некий третий человек наблюдатель, который бы сказал, что видение болезни у врача и пациента различно, что врач больше ориентирован на ВНЕШНЮЮ КАРТИНУ БОЛЕЗНИ или на картину болезни, выстроенную у него в голове, подтвержденную опытом других (коллег, учебников), а также всевозможными параклиническими методами исследования. У пациента же своя, ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ (ВКБ), повернутая к нам в этом примере своей глубинной мотивационной стороной.

Один из первых исследователей ВКБ Р.А.Лурия (1944, 1977) понимал под этим названием все то, "...что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм." Анализируя случаи иатрогенных болезней, когда пациент ощущает

головокружение, боли и давление в груди после замечания рентгенолога о незначительном расширении аорты, Р.А.Лурия соглашается с Гольдшейдером (1896) о наличии в ВКБ сензитивной ("субъективные ощущения, исходящие из конкретного местного заболевания или патологического изменения общего состояния больного") и интеллектуальной ("...размышления о своей болезни, своем самочувствии и состоянии") частей. Понимание и учет ВКБ, согласно Лурии, должны были бы заставить врачей внимательнее относиться к субъективному миру пациентов, особенно в условиях все нарастающей агрессивности и популярности лабораторных и инструментальных методов исследования, эффективных в стадиях разгара и исхода заболевания, но не в доминантный или ранний манифестный периоды. Второе, на что обращал внимание ученый, это своеобразный способ общения соматики и психики в рамках ВКБ; когда неосторожное слово медика обращалось в реальный соматический феномен. Речь шла о психосоматике и психогенных (вследствие психической травмы) заболеваниях, их объяснительном механизме и профилактике.

Развитие взглядов на сенситивную и интеллектуальную части ВКБ шло параллельно разработкам теории личности в медицине, реакции личности на болезнь. Попробуем пояснить это. Реакции человека на стресс, болезнь, любую психогению (психическую травму) могут быть специфическими и

неспецифическими. Неспецифические реакции, общие для всех людей, больше зависят от интенсивности внешнего по отношению к личности воздействия, времени экспозиции, а также от интенсивности протекания основных психических процессов в момент стресса (человек может проспать катастрофу и не подвергнуться психической травме как бодрствующие; или существуют наблюдения, что раны у победителей заживают быстрее, чем у побежденных). Наиболее яркой и известной неспецифической реакцией является "стресс" Г. Селье.

Специфические реакции зависят в большей степени от типа личности человека, эти реакции индивидуализированы и значительно в меньшей степени предсказуемы. Те основания и мотивации, которые есть у личности, чтобы организовать стрессор в болезнь именно данного органа, составляют предмет изучения психосоматической медицины, и их мы коснемся ниже.

Группой ученых Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева в результате многолетнего изучения и апробирования в клинике предложен личностный опросник, (тест ЛОБИ- Личностный Опросник Бехтеревского Института), диагностирующий специфические, личност-но окрашенные типы отношения к болезни (М.Кабанов, А.Личко, В.Смирнов, 1983). Основные цели определения типов ВКБ - это диагностика экстремальных, а потому и опасных быть нераспознанными, типов ВКБ, их психологическая коррекция. Кроме того, простое знание этих типов и,

следовательно, умение их определить будет ценным для понимания личности пациента и установления контакта с ним. Ниже приводим текст из ЛОБИ с нашими комментариями. После клинического описания типа ВКБ, мы предложим варианты его коррекции. Словосочетание "психологическая коррекция" здесь действительно уместно, поскольку эти рекомендации будут адресованы лечащим (своими специфическими методами) врачам - интуитивным, но не профессиональным, психотерапевтам.

А.Р.Лурия писал, что "... влияние врача на психику больного уже с первого момента психологического контакта обеих личностей представляет собой огромный терапевтический фактор и не только тогда, когда врач имеет ввиду проводить психотерапию, но, что особенно существенно и важно, даже и тогда, когда он этого не имеет ввиду делать и об этом не думает." С другой стороны нами будут рекомендованы некоторые психотерапевтические методы, которые, по нашему мнению, могут "работать" и в руках непрофессионалов.

1. ГАРМОНИЧНЫЙ /Г/. Трезвая оценка своего состояния, без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем* активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тягота-, ми ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза (инвалидность) переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе

(смерть) сосредоточение внимания и интересов на судьбе близких, своего дела. Всякий согласится, тип Г не нуждается в коррекции. Здесь, наверное, особенно важно не мешать излишним занудством больному реализовывать свою судьбу. Про таких больных в народе говорят: "Без болезни и здоровью не рад", а врачам, пытающимся "насильно милым быть", напоминают: "Не дал бог здоровья, не даст и лекарь".

2. ТРЕВОЖНЫЙ /Г/. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск "авторитетов". В отличие от ипохондриков, больше интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное и угнетенность следствие этой тревоги.

Первое, что приходит в информированную голову, обычно бывает правильным. Если человек беспокоится и тревожится его надо успокоить. Существует особый тип врачей, показанный таким больным. Это люди мягкие, большие и добрые. Они либо конституционально спокойные, либо это выученный и приобретенный опыт спокойствия в общении с пациентом. По теории Берна, это

позитивный Питающий Родитель, который может успокоить взволнованного, напуганного внутреннего Ребенка пациента, тип Родителя, прекрасно понимающего, что "каждый больной страдает своей болезнью плюс страх" (Кричтон-Мюллер). Таким образом, первая группа методов - это сделать так, как если бы вы были матерью, а больной - вашим ребенком. При этом хороши и близкая дистанция (интимная, менее 45 см), и тихий, ласковый, но уверенный, голос, и физический контакт, безусловно, с согласия больного, можно погладить руку, приобнять пациента, а то и крепко прижать его к себе, удерживая, если он в панике. Совсем не обязательно при остром беспокойстве объяснять больному его симптомы и говорить: "Вот видите, ничего страшного." "Один легочный больной просит врача объяснить ему, в чем состоит его заболевание. Врач с готовностью показывает на рентгенограмме место небольшого инфильтрата, который, при должном отдыхе и лечении, конечно, исчезнет. На следующий день больной появился снова и опять просит врача теперь уже серьезно объяснить ему, в чем, собственно, состоит его болезнь: "Может, у меня больны легкие?" (Харди). Конечно же, помимо успокаивающего тембра речи, можно использовать и некоторые вербальные психотерапевтические приемы, например, повтор последних слов в предложении больного, обращенного к вам, или переформулировать своими словами то, что говорит пациент (техника Карла-Роджерса). При этом вы сможете, не обидев пациента, избежать ненужных

объяснений "инфильтрата в легком"; не прервав беседу, или, лучше сказать, монолог, вы дадите пациенту выговориться и отреагировать тревожный аффект. Повторяя слова больного, вы даете ему понять, что разделяете его беспокойство, понимаете его состояние и принимаете его самого как личность, что особенно важно, если исходить из того, что в генезе тревоги, как считал Фрейд лежит "накопление сексуального напряжения". Поэтому так важна, пусть и замещенная, символическая эмоциональная разрядка. Не будучи профессиональным психотерапевтом, лечащий врач может использовать приемы поведенческой психотерапии (Wolpe, 1958). Хороши приемы расслабления, иногда просто массажа-разминания напряженных мышц, а также контроль дыхания, сознательное урежение его, так как гипервентиляция с сопутствующими ей соматическими нарушениями, часто встречается при тревоге. Следует помнить, что помимо психологических, существуют и фармакологические методы коррекции тревоги с помощью анксиолитиков (противотревожных) транквилизаторов.

ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ /И/. Сосредоточение на субъективных болезненных и: иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание мнимых болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болез-

ненности процедур. В основе ипохондрии лежит навязчивый страх. Коррекция этого типа ВКБ во многом сходна с коррекцией obsessivo-fobicheskogo типа, где она и будет описана. Следует сказать, что самопонятие "ипохондрия" собирательное и простирается от так называемой "однодневной ипохондрии здоровых людей", "болезни студентов 3 курса", через невротическую ипохондрию к психотической (результат органического поражения головного мозга, шизофрении). Психический спектр проявлений ипохондрической болезни также разнообразен; от преходящих эмоциональных нарушений, до выраженных аффективных синдромов и нарушений поведенческой сферы, до нарушений в мышлении (при психотической ипохондрии очень часто актуальны "...не чувства, а мысли, т.е. они обозначают бред толкования происходящего внутри; ощущение не боли, а сенестопатии или висцеральных галлюцинаций" (В.И.Григорьев)).

МЕЛАНХОЛИЧЕСКИЙ /М/. Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Подобный тип ВКБ встречается у людей с пониженной самооценкой, выражающих пессимизм и беспомощность. Фактически депрессивный симптомокомплекс, сопровождающий соматическую

болезнь, складывается из депрессивного переживания тоски и тяжести в области верхушки сердца (в отличие от аффекта тревоги, локализующегося за грудиной), а также заторможенности в двигательной и мыслительной сферах. Существуют по крайней мере три вида депрессии: эндогенная (связанная с конституционально-биологическими или глубинно-личностными особенностями, встречается при маниакально-депрессивном психозе, шизофрении, инволюционной патологии), экзогенная (вызванная внешними причинами, рассматриваемая как реакция личности на психо- или соматогению) и депрессия без депрессии или маскированная депрессия (Kielholz, 1973; А.К.Ануфриев, 1978), названная так из-за отсутствия аффекта тоски; выходящих на первый план соматических эквивалентов депрессии, чаще в области сердца и желудочно-кишечного тракта.

В плане коррекции нас интересует второй тип депрессии и ниже мы будем вести речь исключительно о нем. Депрессия - расстройство чувственной сферы и лечение этого расстройства эффективно при эмоциональной терапии, проводимой опытными психотерапевтами. Но мы остановимся здесь на, казалось бы, парадоксальных методах, доступных Для применения врачей-интернистов, на методах бихевиоральной (behavior-поведение), когнитивной (от лат. cognitio познание), рационально-эмотивной (Ellis, 1962), психотерапевтических школ. Представитель бихевиорального направления Майкл Аргайль в известной у

нас книге "Психология счастья" (1990) приводит изучавшийся список факторов, снижающих депрессию:

смех;

расслабленность;

размышление о чем-либо хорошем, что может произойти в будущем;

размышления о людях, к которым относишься с симпатией;

наблюдение за красивым пейзажем;

возможность дышать свежим воздухом;

пребывание в состоянии умиротворения и спокойствия;

возможность принимать солнечные ванны ;

ощущение чистой одежды;

наличие свободного времени;

хороший сон по ночам (с другой стороны известен метод депривации лишения сна, широко применяющийся в психиатрии для лечения

преимущественно эндогенных депрессий - к сведению - Д.Ш.);

прослушивание любимой музыки;

улыбка;

убежденность в благополучии семьи или друзей;

чувство присутствия бога в жизни;

наблюдение за дикими животными или пребывание в окружении

домашних животных.

В ряду методов стимулирования положительных эмоций, которые могут использоваться и при лечении

соматических депрессивных больных, Аргайль выделяет метод Велтена (1968), где пациентов просят читать сначала про себя, а затем вслух 50-60 утверждений типа: "Прекрасно! Я действительно хорошо себя чувствую!", "У меня поднялось настроение, я по-другому смотрю на вещи!" и попытаться настроиться на предлагаемое состояние. Комбинируют метод Велтена с показом пятиминутного комедийного фильма, с прослушиванием "бодрящей" музыки. При методе "приятных воспоминаний" больных можно попросить в течение 20 минут максимально подробно описывать какое-нибудь счастливое событие в их жизни, при этом эффект усиливается, если больные разбиты на пары или они делятся воспоминаниями со своими друзьями. Снижения уровня депрессии можно добиться, если стимулировать успешность выполнения больным какого-либо эксперимента или задания врача, а также выработки у пациента навыков самоощущения. В транзактном анализе считается, что положительная ласка, данная самому себе, по физиологическому эффекту идентична комплименту со стороны другого человека.

Когнитивный подход к коррекции депрессивной ВКБ. Основатель рационально-эмотивного подхода в психотерапии Альберт Эллис (1994) считает, что "... депрессия и тревога возникают вследствие абсолютистского, своеобразно детерминированного мышления, которое возлагает на человека бессмысленные обязанности, необоснованные рационально, своего рода "must-урбации" (must от англ, должен). Врач при помощи

суждений и аргументации может убедить пациента сознательно отказаться от выбранной им стратегии быть всегда под гнетом слова "должен". "А кто сказал, что вы должны все делать хорошо? Где это написано? Это что, закон природы?", спрашивает врач. - "Кто сказал, что вы не должны болеть и должны быть всегда здоровой? И какие у вас основания утверждать, что вы не поправитесь?" Здесь врач адресуется к разуму пациента, заставляя больного осознать иррациональность своих воззрений на ситуацию. На языке Трансакционного Анализа этот терапевтический подход называется ДЕКОНТАМИНАЦИЕЙ (от англ, decontamination обеззараживание) Взрослого эго-состояния личности. Вспомним пример с Джейн. Если бы отец Джейн постоянно утверждал: "Ты должна всегда быть первой, иначе ты будешь не о'кей!" и Взрослый Джейн приложил бы все усилия, чтобы оправдать отцовские ожидания, что произошло бы с самой Джейн, ее пассажирами и машиной? В этом случае мы бы сказали, что в тот момент Взрослый Джейн был заражен ее Родителем, в котором хранилось это утверждение отца.

АПАТИЧЕСКИЙ /А/. Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

Нельзя путать этот тип ВКБ с апатическим симптомокомплексом следствием тяжелого поражения

головного мозга в результате или черепно-мозговой травмы, или инсульта, или атрофического заболевания коры; а также с астеническим синдромом после острой стадии заболевания.

В основе этого типа ВКБ лежит пассивность, или полное игнорирование своих возможностей что-то сделать в данной ситуации, игнорирование самой возможности изменения ситуации, а также возможностей других, например, врачей или родственников как-то повлиять на ситуацию в лучшую сторону. Человек беспомощен, он не заканчивает предложений; если говорит, избегает смотреть в глаза других; молчит и не отвечает, когда к нему обращаются. Иногда этот вариант поведения как нельзя устраивает медицинский персонал отделения. Действительно, больной нетребовательный, бесконфликтный и не мешает работать персоналу. Особенно этот вариант популярен в психиатрических отделениях.

Пример. Диагноз пациента "апато-абулический синдром" подтверждался соответствующим поведением ничегонеделания в течение десятка лет. Активность его проявлялась в приеме пищи и в не всегда удачном избежании побоев со стороны других больных. Видимо по недоразумению он продолжал получать "поддерживающую" дозу нейролептиков (аминазин). Психотерапевт отменил лекарства и стал разговаривать с пациентом по несколько часов в день. Сначала их взаимодействие было монологом и гласом вопиющего в пустыне врача, затем пациент был окружен вниманием со

стороны студентов, проходивших у врача стажировку, он стал мягче и кроме сигареты стал брать специально принесенные ему продуктовые деликатесы: белый хлеб и колбасу. Случилось так, что все слышали его голос, разорванную и бессмысленную, казалось навсегда утраченную семь лет назад речь. Неделей позже он мог, словно бы украдкой, отвечать на простые вопросы, прорвавшие завесу бессмысленного бормотания. Потом он стал рассказывать сказку про серого волка и неожиданно тонко запел. Врач записал его песню на магнитофон. В отделении пациент стал более активен, но вместе с тем и более раздражителен в отношении ничего не подозревающего персонала и агрессивен к прежде его побивавшим "друзьям" по палате. С точки зрения его прежнего лечащего врача он стал расторможен и возбужден, лишившись "успокаивающих" его на десятилетия нейролептиков. Вскоре психотерапевт перестал видаться с пациентом, ушел в отпуск, а когда вернулся, то застал его прежнего, получающего аминазин и "умиротворенного".

Коррекция апатического варианта ВКБ у пациентов без воли к жизни в глазах направлена на КОНФРОНТАЦИЮ пассивного поведения. Нужно терпеливо ожидать ответа на поставленный вопрос, нужно трижды подумать, прежде чем что-то сделать для пациента без его просьбы, пусть и для его же блага: нужно подумать, а не может ли это он сделать сам? Иногда полезно обратиться к эмоциям такого больного. Нелишне вызвать у него эмоции отрицательного

спектра - более филогенетически древние, а потому и более стойкие: эмоции раздражения и гнева.

НЕВРАСТЕНИЧЕСКИЙ /Н/. Поведение по типу "раздражительной слабости". Вспышки раздражения при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем -раскаяние за беспокойство и несдержанность.

Будучи студентом, один из знакомых автора подвергся нападению неврастеника. Неврастеник был болен гриппом, он был слаб, обильно потел, вдобавок ко всему он должен был бежать на свидание к горячо любимой девушке. У знакомого же на столе стоял включенный радиоприемник, который раздражал неврастеника и который тот пытался несколько раз выключить (этот знакомый был упорным и неуступчивым малым). В результате говорящий приемник был запущен в упорного. Актуализировавшись, неврастеник долго просил прощение.

Этот пример показывает, что человек с таким типом ВКБ, бывает растерян и информационно фрустрирован средой вокруг него и невозможностью для него сделать единственно возможный выбор (Но кто сказал, что он должен делать выбор?). Традиционный подход к такого рода пациентам включал в себя назначение седативных, а затем

и стимулирующих препаратов. Все известные успокаивающие смеси и тинктуры (Краснушкина, леонури и проч.) традиционно прописывались именно для них. Психологическая коррекция может происходить в два этапа: обеспечение безопасного, не волнующего окружения с последующей целью седации (лечение сном, в том числе и гипнотическим) и последующее укрепление внутренних ресурсов личности, стимуляция уверенности в своих силах.

Обеспечение безопасного окружения носит название терапии средой (milieu therapy); впервые была предложена школой И.П.Павлова в виде лечебно-охранительного режима, введенного знаменитым ученым в психоневрологических учреждениях, лично им курируемых. Эта терапия имеет две цели: во-первых, создать как можно больше положительных влияний, исходящих из среды, которые действовали бы на психику больного, и, во-вторых, устранить или до минимума ограничить отрицательные влияния, нарушающие гармонические функции нервной системы (Р.Конечный, М. Боухал, 1983).

Стимуляция уверенности в своих силах может осуществляться врачом в виде "назначения" и дачи условных и безусловных знаков признания. Безусловные знаки признания относятся к самой личности пациента, например, когда врач говорит: "А Вы молодчина!" или "Мне приятно с Вами общаться, Вы эрудит и интересный человек!". Условные знаки признания относятся к

поощрению того, что человек сделал или как он это делает. Например: "Вы держитесь молодцом!" или "Сегодня на свидании я видел Ваших детей - прекрасные ребята!" Не бойтесь передозировать знаки признания, так как эта та вещь, которой всегда не хватает. Негативный побочный эффект комплиментов возникает при неискренности врача, его излишне авторитарной позиции или при наличии у врача психологического комплекса, выражающегося в неумении хвалить других (показатель этого смущение и чувство неловкости при общении с детьми). Тогда и возникают следующие перлы : "Вы молодчина, Вы хорошо еще держитесь при Вашем-то диагнозе!" или "Вы мужественный человек, не каждый бы перенес такую тяжелую операцию." И уж совсем иатрогенная "похвала": "Как, Вы еще живы? Человечище!" (все высказывания принадлежат реальным врачам).

Интересен подход к сексуальным расстройствам, часто встречающимся у этой группы больных. При психогенной импотенции (чаще слабость эрекции или преждевременная эякуляция) используется метод условного "запрета". Чтобы создать безопасную обстановку и снять тревогу за могущее наступить очередное фиаско, больным "запрещают" использование интродукции (от лат. *irUroductio* - проникновение) при сексуальном общении на определенный срок. Как показывает практика, больные очень скоро с успехом нарушают этот запрет.

ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЙ /О/. Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не

реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных, но маловероятных, неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют больше, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

Обсессия - это навязчивость, фобия - страх. Термины, обозначающие человеческие чувства под именами "тревога" и "страх", имеют много общего. Страх более предметен и позитивен, так как помогает избежать неприятностей в будущем. Тревога, знакомое всем чувство, становится патологической при несоответствии переживаемой эмоции реальной опасности, где страх может выступать в роли сигнала тревоги об этом несоответствии (Ж.М.Шиньон, 1991).

Здесь мы будем говорить о фобическом или патологическом страхе, мнимый источник которого становится в психике человека реальным и объективным. При коррекции страха прежде всего обращают внимание на то, чтобы пациент не старался скрыть страх. Пациент имеет право проявлять страх, называть его и говорить о нем. Весьма ценным было наблюдение, что вербализуя (оречествляя) аффект, человек уже на этом этапе может освободиться от страха или значительно снизить его интенсивность (метод вербализации аффекта).

При навязчивостях пациент находится под гнетом овладевших им навязчивых представлений (см. рис.5), пытаясь их подавить. Он старается противодействовать им. Это противодействие, однако, лишь усиливает

первоначальное давление. Круг опять замыкается, и пациент оказывается внутри этого порочного круга. В отличие от фобии, однако, "... характеризуется не бегством, а борьбой, борьбой с навязчивыми представлениями" (1990).

Второй принцип - это отказ от борьбы со страхом, тем паче бегства от него. Слово выдающемуся современному психотерапевту, отцу экзистенциального анализа и логотерапии (терапии поиском смысла) Виктору Франклу. Франкл пишет: "...некий симптом (см. рис.4) вызывает у пациента опасение, что он может повториться вновь, и вместе с этим возникает страх ожидания (фобия), который приводит к тому, что симптом действительно появляется снова, что лишь усиливает изначальные опасения пациента. При известных условиях сам страх может оказаться тем, повторения чего пациент боится... Как же мотивируют они этот страх? Как правило, они боятся обморока, инфаркта или апоплексического удара. А как реагируют они на свой страх перед страхом? Бегством. Например, они стараются не выходить из дома" (1990). Далее Франкл предлагает технику терапии страха и навязчивостей, названную им "парадоксальной интенцией"; "определив парадоксальную интенцию следующим образом: от пациента требуется, чтобы он захотел осуществления того (при фобии) или соответственно сам осуществил то (при неврозе навязчивых состояний), чего он так опасается". Причем парадоксальное намерение должно быть осуществлено в

возможно большей юмористической форме, советует Франкл. Так, пациентке, боящейся, что она не заснет без снотворных, врач советует "для разнообразия провести одну ночь без сна" или пациенту со страхом запотеть перед аудиторией - "показать этим молокососам, как потеют настоящие мужчины и выделить перед ними литр пота". Другому пациенту со страхом смерти предлагают сесть, настроиться соответствующим образом и попробовать ... умереть, тем более что в больнице всегда найдется кому оказать ему помощь. При такой постановке вопроса и разрываются порочные круги.

В бихевиоральной психотерапии существует также большое количество методов терапии страха, например метод десенсибилизации или понижения чувствительности (Wolpe, 1958) к страху путем переживания и представления фобогенных ситуаций, или использование отрицательного подкрепления ударом электрического тока в моменты фобических переживаний в различных вариациях (см. В.Е.Рожнов, 1979 или обзор Ж.М.Шиньон, 1992). Однако эти методы должны применяться в специализированных условиях психотерапевтических стационаров или отделений.

СЕНСИТИВНЫЙ /С/. Чрезмерная озабоченность о возможном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине или

природе болезни . Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с болезнью.

Многим врачам симпатична подобная категория больных. При этом медики занимают родительски опекающую позицию относительно этих больных, примерно как в пословице: "Чем нездоров? А вот, батюшка, чем скажете" (В.Даль, 1957). Между тем, болезнь актуализирует у такого рода личностей чувство собственной неполноценности и уязвимое самолюбие, которые при покровительственном подходе стимулируются и углубляются.

Чувство неполноценности при одновременном стремлении к превосходству сделал сердцевиной своей "индивидуальной психологии" ученик Фрейда австрийский психотерапевт Альфред Адлер (1870-1937). Он считал, что из-за дефекта в развитии телесных органов дефектов опорно-двигательного аппарата (горб), заикания, "леворукости", пороков развития внутренних органов (сердца, пищеварительного тракта и проч.), или из-за неблагоприятных социальных условий в детстве, у человека появляется чувство неполноценности, для преодоления которого он прибегает к различным формам компенсации. Компенсация, даже гиперкомпенсация, позволяют человеку занять свою социальную нишу и быть уверенным в своем психическом пространстве. "Новая" болезнь дезадаптирует человека, срывая механизмы компенсации, обостряет чувство собственной

неполноценности, проявляющейся в униженности, застенчивости и рефлексии.

Психотерапевтический метод Адлера состоял в интуитивном погружении во внутренний мир пациента и вскрытии внутреннего плана его жизни, остальное (изменение, если необходимо) становилось делом рук самого больного, где "индивид художник своей собственной личности... слабое, крайне способное на ошибки и несовершенное человеческое существо"(Адлер цит. по В.М.Лейбин, 1977).

Однако, лечащим врачам-интернистам ни в коем случае не рекомендуется "вскрывать внутренний план" видимой жизни пациента, а вышеприведенный экскурс в индивидуальную психологию служит лишь целям ознакомления. И уже само это знание, по мнению автора, будучи воскрешенным у постели сенситивного пациента в просвещенной голове доктора, послужит тому защитой (станет чем-то вроде психического презерватива, надетого на врачебные авторитарные отростки).

Другим психотерапевтическим фактором при общении с такого рода больными могло бы стать заинтересованное внимание Взрослого к личности больного, его словам и поступкам. Здесь надо переспрашивать больного: "Я Вас правильно понял?", или "Что Вы имели ввиду, когда сказали это?"

В терапии также нуждается "легкая", крайне застенчивая сензитивная ипохондрия. Все неясные

моменты основного лечения должны быть обсуждены и все недомолвки и намеки прояснены.

ЭГОЦЕНТРИЧЕСКИЙ /Я/. "Уход в болезнь". Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требования исключительной заботы-все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном, разговоры окружающих быстро переводятся "на себя." В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только "конкурентов" и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, исключительность в отношении болезни. Истерическая ВКБ. Наибольшие трудности вызывает коррекция истерического поведения. Традиционно эти варианты поведения конфронтировались, рекомендовалось "психологически отхлестать больного по щекам" или иронизировать: "Не всякая болезнь к смерти. Не могу, а ем по пирогу" (В. Даль, 1957). Сами клинически описания такого рода больных грешат весьма нелестными эпитетами : "... характер проявляется в крайней эмотивности, эгоцентризме, стремлении обратить на себя внимание любыми средствами...настойчив в домогательствах признания, в изображении себя несчастным при отказах или неудачах. Его манеры театральны, он склонен к фантазированию, лживости, его поведение нередко носит черты инфантильности, он капризен. Его интересы и привязанности изменчивы. Такие больные неуживчивы, обидчивы, легко вступают в

конфликты, их суждения направляются аффектом, они поверхностны, но в то же время нередко отличаются меткой наблюдательностью в отношении недостатков окружающих, включая и врачей. Особенно типичным для истерического характера считается "бегство в болезнь" от трудностей жизни, "приятность" или "желательность болезни", стремление извлечь из нее выгоду. Но наряду с "бегством в болезнь" у страдающих истерией может существовать и стремление к выздоровлению" (Р.А.Зачепиский, 1979).

Истерические личности эмоционально тонки и хамелеоничны, то есть, под чужим взглядом они становятся такими, какими их хотят видеть; они бывают очень послушными детьми.

Чтобы подтвердить этот тезис приведем выдержку из описания другого терапевта: "В своем недавнем интервью я общался с молодой истеричной женщиной. Я был поражен тем, какой привлекательной, восхитительной, милой и эмоциональной она была" (P.Ware, 1983).

Естественно, подобные полярные подходы рождают и различные типы коррекции. Многие утверждают, что истеричным пациентам больше нравятся врачи с подобными же чертами характера, особенно эмоциональными чертами, они им более доверяют. Поль Ва, которого я цитировал, считает, что при терапии истеричных личностей важно установить с ними эмоциональный контакт, дать понять им, что их чувства принимаются терапевтом. Первый же цитированный мной

автор предупреждает, что "мужчине-врачу, лечащему пациентку, не следует давать повода к встречающемуся изредка со стороны истеричных психопаток ложному обвинению его, например, в попытке к соблазнению или к насилию"(с.348). Затем, продолжает Ва (1983), необходимо пригласить истерика к изменению через его мыслительный процесс, пригласить пациента думать и рассуждать о своем состоянии, при этом в конце концов можно наблюдать и долгожданные изменения в поведении. Показателями таких изменений могут стать способность врача взаимодействовать с пациентом как требовательный и справедливый учитель и способность пациента позволить ему делать это. Показателем поведенческих изменений в этот период будет и принятая пациентом врачебная конфронтация, а также "нарочитое игнорирование" демонстрируемой истерической симптоматики.

Особенно ценна для пациента и врача способность последнего быть прозрачным для истерического пациента, то есть пропускать, не задерживая, через себя враждебные и ироничные эмоции пациента. Вместе с этим, удача терапии в случаях истерической ВКБ будет зависеть и от умения терапевта ставить рамки - то есть, профессионально информировать пациента о пределах своей компетентности. Следует помнить, что при искренней заинтересованности и непредубежденности врача - истерические пациенты это благодарные пациенты, а их великодушный отказ от демонстрации симптоматики (каждый психотерапевт знает, от скольких

выгод своего положения больного истерик при этом еще отказывается) во все времена служил мощным стимулом врачебного профессионального роста.

ЭЙФОРИЧЕСКИЙ /Ф/. Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что само все обойдется. Желание получить от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказаться на результатах лечения.

Первую группу больных с эйфорической ВКБ составляют больные с органическими поражениями головного мозга (в том числе и с поражением фронтальной части лобной доли головного мозга), а также больные с заболеваниями внутренних органов, приводящими к гипоксии ткани мозга (заболевания сердца с недостаточностью кровообращения, болезни легких, например, туберкулез). Основная проблема, с которой сталкивается врач, это отсутствие критики к заболеванию со стороны пациента и игнорирование им серьезности своего положения. Психологическая коррекция возможна у пациентов с сохранным или неглубоким поражением интеллекта (до уровня легкой степени дебильности) и заключается в типично авторитарном подходе к пациенту с обязательным сохранением дистанции между врачом и больным. Эффективным методом может стать отказ от лечения или демонстрируемое пациенту снятие с себя ответственности

за результаты лечения (естественно, в тех случаях, когда это возможно). Такой подход будет иметь и дифференциально-диагностическое значение: в случаях эйфорической ВКБ, в отличие от анозогностической разновидности ВКБ, можно будет наблюдать раскаяние за недостойное поведение и "возвращение блудного сына" в лоно стационарного патернализма (от лат. pater- отец).

Про вторую группу эйфорической ВКБ поэт сказал: "Остерегайся шутить в ущерб здравому смыслу" (Никола Буало). Эйфорический тип реагирования здесь может быть в виде компенсации страха и тревоги и не представлять трудности для диагностики наблюдательному врачу, если последний, сквозь иронию и незаразительный "смех висельника", увидит глаза больного. Могут быть отмечены и свойственные страху вегетативные проявления. Задача врача позволить больному вербализировать свой страх и не бояться показывать его. Работа со страхом описана выше.

Сюда следует отнести и группу пациентов, описанных Эриком Берном, под названием людей, играющих в "Дурачка", словно бы говорящих: "Я смеюсь вместе с вами над своей глупостью и неуклюжестью". Цель подобного поведения вынудить врача назвать пациента дурачком или прореагировать таким образом, будто он считает его таковым. Этот стиль поведения сохранился с детства, ибо носитель его удовлетворял окружающих и они не требовали от него многого. Фактически, это пассивная оборонительная позиция, призванная защититься от

необходимости что-то делать, пусть и себе на пользу, например, серьезно относиться к лечению. Если врач откажется играть в "Дурачка" и не будет смеяться над неловкостью и мазохистскими шутками пациента или бранить его за глупость, неуклюже пытаясь внушить тому уверенность в себе, то в большем - он может стать другом пациента, а в меньшем - приобрести так необходимое в этом случае доверие и авторитет.

АНОЗОГНОЗИЧЕСКИЙ /3/. Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание этих проявлений случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись "своими средствами". Как и предыдущий тип ВКБ, тесно связан с одной из форм психологических за щит отрицанием (очевидного). Отрицая наличие заболевания, или его важность, или частично признавая его, больной защищается от болезненных идей и чувств, а также от навязанной ему болезнью новой социальной роли например, инвалида, умирающего или алкоголика. В реальности подобный подход приводит иногда к прекрасным компенсаторным вариантам жизни. Так, "греторовские"(по имени автора, описавшего эту форму) шизофреники, или пьющие шизофреники, прекрасно адаптировались в роли алкоголиков, но не психотиков! Их издавна называют "веселыми пьяницами" (Крепелин). Причем пьющий шизофреник еще издали кри-

чит, что он алкоголик, тогда как настоящий алкоголик предпочитает об этом умалчивать.

Сам термин "анозогнозии" (отрицание болезни) указывает в большей степени на полное игнорирование опасного стимула. Поэтому нозологические единицы, подлежащие игнорированию, достаточно суровы: онкологические заболевания, инфаркт миокарда, инсульт с тяжелыми последствиями, алкоголизм и др.

Что следует подвергать коррекции? В некоторых случаях следует коррегировать самого врача, который добивается у умирающего признания печального факта. В других случаях от авторитарной позиции врача зависит жизнь больного, когда врач запрещает вставать с кровати инфарктнику в первые часы после купирования болевого приступа (или больному с острым нарушением мозгового кровообращения), и только по прошествии острого периода врач начинает работать с разумом пациента, предлагая последнему изменить прежний, доболезненный уровень и темп жизни.

Печально известна и алкогольная анозогнозия. Лечение алкоголизма бесперспективно у пациента с этим защитным феноменом, так как (а этот очевидный факт, увы, не понимают многие наркологи) невозможно вылечить небольшого (1). Согласно Полю Ва (1983) и Ван Джойнсу (1987), у зависимых личностей, к которым относятся алкоголики, область ЧУВСТВ наиболее доступна для контакта и установления доверительных отношений. От этой области терапия должна продвигаться к области

МЫШЛЕНИЯ и осознания своей проблемы с целью заключения лечебного контракта для изменения ПОВЕДЕНИЯ алкоголика. Учитывая это, при работе с алкоголиками, мы начинаем с того, что разделяем с ним его страх за его жизнь и здоровье, намеренно гиперболизируя его опасения и последствия алкоголизации, а также опасность лечения, если он вдруг с л у ч а и н о, не дай бог, нарушит наше предписание "не пить!". Двигаясь в направлении мышления, мы приглашаем больного думать, взвесить все "за" и "против" и самому принять решение: стоит ли вообще лечиться (2), стоит ли лечиться данным методом? Обсуждая все плюсы и минусы терапии, потери и приобретения больного в связи с лечением, находясь вместе с клиентом во Взрослом эго-сос-юнии личности, мы заключаем письменный контракт на изменение поведения и проводим заключительный сеанс в любой, известной в наркологии форме (это бывает, порой, не важно).

ЭРГОПАТИЧЕСКИЙ /Р/. "Уход от болезни в работу". Даже при тяжелой болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, еще большим рвением, чем до болезни. Работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаются обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

Работоголический тип ВКБ в настоящее время очень популярный, но мало разработанный подход. Р-тип видится в двух вариантах.

Первый достаточно типичный вариант, в своей основе сходный с анозогнозтическим, где пациент не только отрицает, но и сублимирует напряжение и тревогу в бурную деятельность. Механизм психологической защиты по типу сублимации описан Фрейдом как отклонение энергии сексуальных влечений от их прямой цели удовольствия и продолжения рода и направление ее к несексуальным (социальным) целям, например, в творчество. По Фрейду, сублимация - это один из движущих человеческую эволюцию факторов, но при работоголизме, несмотря на его социальную приемлемость, приобретает некий нездоровый оттенок. Не следует забывать, что работоголический тип поведения появляется из личностной предрасположенности после заболевания, а до заболевания он встречается далеко не всегда. В этом случае психологическая коррекция должна быть направлена на нейтрализацию тревоги по поводу заболевания и, возможно, если признаки работоголизма были и прежде, перевод аффекта на какие-нибудь не противопоказанные основному заболеванию и не выглядящие жалкими виды деятельности. Эта работа больше в прерогативе социального работника, нежели психолога. Лишение работы, активная конфронтация желания трудиться (и из благих побуждений) может привести к другой крайности - неврозу. Хотя останется тогда только излечить невроз.

Второй вариант работоголического ВКБ связан с мазохистской ориентацией личности и постоянным ощущением своей вины. Говорят: "Мария Ивановна, да ведь

нельзя столько работать, ты себя губишь, не жалеешь!"- "А кому я нужна!" -, отвечает, или совсем откровенно: "Скорее загнусь". В большинстве культур виновный или приговаривался к смерти, или отработывал свою вину "от звонка до звонка". Если бы виновных приговаривали к ничегонеделанию или любованию природой, не было бы этой формы работоголизма. Болезнь здесь существует параллельно с работой, и также неотъемлема от личности, как самоистязание. На первых этапах работы с таким больным, думается, можно было бы обратить его энергию актуального Родителя, преследующего самого себя, на цели своеобразной "опеки" терапевта. Тем самым, неприступный Родитель больного и контаминированный Взрослый могут уступить место и энергию Питающему и Поддерживающему Родителю. Врачу надо уметь быть в Ребенке (а это почти невозможно или неприемлемо для большинства врачей) и уметь просить помощи у больного. Можно, например, попросить быть повнимательней к себе и стараться заметить как можно больше позитивных изменений в себе в результате терапии и рассказать о них, допустим, заведующему отделением. Если до конца быть Ребенком, то можно упросить этих больных вести дневник позитивных изменений. Признавая удачными любые попытки видеть мир и самих себя более позитивно, нежели негативно, врач похвалой и искренним восхищением может стимулировать новый для них опыт. Иными словами, можно пригласить их работать на излечение самих себя. Важность обучения позитивному мышлению понятна, если исходить из

того, что любое подтверждение их негативного опыта ("все вокруг плохо") будет стимулировать вину и самоистязание. Существует целое направление позитивной психотерапии, полезной для работы с любым пациентом. Ниже мы публикуем таблицу из статьи видных представителей позитивной психотерапии братьев Носрата и Хамида Пезешкиан (1993), в которой видно, каким образом можно позитивно расценить самые мрачные и неприятные события.

ПАРАНОЙЯЛЬНЫЙ /П/. Уверенность, что болезнь-результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказания в связи с этим.

В отличие от сенситивных, эта группа больных считается традиционно самой неприятной в сфере медицинского сервиса. По жизни это фанатики, клеветники, патологически ревнивые супруги и сутяжные маньяки. Каждый человек встречался с людьми такого типа, и если врач вдруг определяет в новоприбывшем одного из "когорты достойных" параноиков, то в первые часы врач сам требует профессиональной психологической помощи. Если врач не получает таковой, то общаясь с пациентом с позиции априорной неприязни, он неминуемо попадает в "злоумышленники". Но параноики- это та часть больных, которую наиболее часто используют медицинские начальники всех мастей. Подозрительность паранойяльных

личностей можно назвать подозрительностью ближнего света, и поэтому они не могут высветить то, что обычно поджидает их вдали. Использование и манипулирование параноиками имеет благую для начальства цель - структурирование времени, но об этом в другой главе.

Во многих руководствах рекомендуется осторожный и ненавязчивый подход к таким больным, без чрезмерного проявления тепла. Вспомним: " Мисс?" и гневный ответ, как будто спрашивающий обязан знать все эти тонкости : "Нет, миссис!" И вот здесь, если вы не хотите продолжения конфликта, не надо оправдываться, тем паче иронизировать, надо извиниться с серьезным видом. Эти больные, в отличие, например, от работоголиков или депрессивных, ищут вину в окружающих и если не находят, то стараются ее приписать . Используя один из механизмов психологической защиты - ПРОЕКЦИЮ, они приписывают окружающи-м поступки и мысли, неприемлемые для них самих.

Коррекционная работа с этими пациентами, успешность ее определяется так называемым открытым стилем (от слова открытость). Терапевт выступает как человек, не имеющий задних мыслей, без навязчивости всегда готовый откликнуться, с открытыми ладонями, которые надо время от времени показывать больному (но не защищаясь от него, естественно), и без использования закрытых поз (например, скрещенные на груди руки, поджатый рот, сутулость и проч.).

Другой принцип - это установление границ и рамок. Важно "отметить" свою территорию, свою способность или неспособность что-то сделать, пределы своей компетенции. Стремитесь обговаривать с пациентом каждый свой шаг в его лечении (ведь лечение все-таки его!), не бойтесь того, чтобы пациент разделил с вами ответственность за неудачу и радость за успех лечения.

Как считает Поль Ва (1983), при работе с параноиками важно двигаться от мышления к чувствам пациента очень мягко, прямым и открытым способом. Пациентка Поля тихо сидела "...и вкладывала значительное количество своей энергии в мышление. Моим первым шагом было пригласить ее поделиться своими мыслями вслух, а также поделиться своими отрицательными чувствами, которые она испытывала, для того, чтобы мы могли связаться с ними. Как только я погладил ее за ее ясное мышление, мой котерапевт искусно вмешался и сказал : "Я представляю, что у тебя есть много чувств по отношению к Полю". ... Когда она начала плакать и посмотрела на меня, я направился к ней и уже установил контакт на эмоциональном уровне".

Система отношений, связанных с болезнью, может не укладываться ни в один из описанных типов. Речь может идти о смешанных типах, особенно близких по картине (тревожно-обсессивный, эйфорически-ано-зопюзический, сензитивно-эргопатический и др.). Иногда система отношений может не сложиться в единый паттерн, тогда ни один из перечисленных типов не может быть диагностирован, и

черты многих или всех типов бывают представлены более или менее равномерно.

Методика и техника выполнения теста ЛОБИ будут даны в приложениях.

"ВЫГОДЫ" БОЛЕЗНИ ИЛИ МОТИВАЦИОННЫЙ АСПЕКТ ВКБ (ОТКУДА НАЧИНАЕТСЯ ПСИХОСОМАТИКА)

Изучая интеллектуальную часть ВКБ, мы говорили о специфических реакциях личности на болезнь. Но это один пласт, или верхний срез с того, что называется соединением личности с болезнью. Сам термин "реакция" говорит о том, что некий стимул, в данном случае абстрактная болезнь, преломляясь в верхних слоях психического эфира индивида, на выходе выдает один из тринадцати специфических ответов (по ЛОБИ). Если подвергать эти неправильные ответы психологической коррекции, то можно установить некое равновесие между болезнью (стимулом) и правильным ее пониманием и к ней отношением (гармоничное ВКБ). Что это даст? Это будет способствовать быстрому и эффективному биологическому лечению лекарственному, оперативному или физиотерапевтическому. Это традиционный медицинский подход, который своей понятностью отличается от какого-либо иного подхода.

Некоторых людей такой подход не устраивал. Эти люди испокон веку были странные и искали не в тех местах , где обретали истину другие. Они задавались вопросом: почему одни болеют язвой желудка, а другие страдают от почечуя,

почему одни в своей жизни ни разу не ударились головой, а другие это делают с завидной регулярностью? По-другому, этот вопрос мог бы звучать так: "Почему стимул (абстрактная болезнь) вообще нашел конкретную личность и был ею ассимилирован так, что на выходе человечество имеет бесчисленное множество конкретных болезней?" Это и есть мотивационный подход. Он составляет мотивационную часть ВКБ: какая мотивация, потребность или желание лежит в основе того или иного заболевания, для чего личности понадобилось реализовать внешний или внутренний стимул в болезнь.

Что даст установление мотивации, мотивационной структуры ВКБ? При установлении, а затем и коррекции мотивационной картины болезни, происходит некое изменение в психической сфере человека, направленное на устранение соматического симптома и, что особенно важно, на создание препятствия (или нивелировки условий) для новой реализации личностью подобных стимулов в болезнь. Причем, это изменение достигается не биологической терапией, а психотерапией. Чем отличаются они друг от друга? По Берну - "Психотерапия похожа на хирургию: прежде чем осуществить решающую операцию, пациента необходимо тщательно подготовить. Разница заключается в том, что в психотерапии подготовка может занять гораздо больше времени, чем операция"(1994). И естественно, в отличие от традиционного, этот подход непонятен большинству, занятому разработкой линий "препарат-синдром-мишень" в соматике и "стимул-реакция"

в психологии. Тем, кто не сталкивался с мотивационными закономерностями, многое приходится брать на веру, как брать на веру, порой, сам доказательный аппарат: "А поди ж его, Фрейд! У нас секса нет!"

Чтобы пояснить эти тезисы, приведем пример соотношений интеллектуальной и мотивационной частей ВКБ.

Паранойяльное отношение к болезни может развиваться у личности и после отравления грибами, приготовленными тещей, и после точного попадания молнии.

Скорригировав паранойю, мы не заставим пациента больше не есть тещиных грибов, скорее, наоборот, ведь психолог будет убеждать его на интеллектуальном уровне, что он и теща тут не виноваты и все произошло случайно (у собрала теща случайно поганку, ну отварила ее, тоже случайно, ну и накормила тебя, бедолагу, тоже конечно случайно, ну и сама не стала есть этот суп случайно также...). Занимаясь же мотивационной ВКБ, психотерапевт будет выяснять, почему личность этого человека позволила его телу, руке в данном случае, поднести ко рту этот суп, принять его и отравиться, и почему теща (если она не хладнокровная убийца) трижды не заметила поганку (когда собирала, чистила и варила). Мотивации к подобному поведению могут быть самыми разнообразными, более часто встречающиеся у зятя: "Выколю себе глаз, пусть у тещи будет зять кривой!", у тещи: "Никому не отдам мою маленькую сорокалетнюю девочку!" Соответствующими будут и психотерапевтические вмешательства и

рекомендации: например, создать ситуацию, чтобы первому не провоцировать, а второй не чувствовать себя провоцируемой проще говоря, разъехаться и как можно быстрее.

Здесь мы видим, как две четкие и ясные психокоррекционные стратегии, честно и профессионально выполняемые на разных уровнях (интеллектуальном и мотивационном), могут привести к противоположным результатам. И это тоже будет реальность.

Какие же различают наиболее частые мотивации к заболеванию? Остановимся на них.

1. Болезнь как выигрыш

Самая частая мотивация. Идет из детства, когда родители обращают внимание на ребенка только в случае его заболевания. Выигрышем может быть не только внимание, забота и любовь родителей, но и избегание ответственности, уход от принятия решения: молодой человек ломает ногу, "спеша" на свидание к уже нелюбимой им девушке. Многие, наверно, вспомнят, с какой радостью в детстве они воспринимали повышение температуры тела, избавляющей от скучного похода в школу.

Если возвратиться к случаю пациента, который избегал работы, то, на первый взгляд, его выигрыш и состоял в возможности не работать и "сидеть на шее" у родителей. Однако выражение "сидеть на шее" имело для пациента свой особый смысл. Как считал пациент, его заболевание началось в шестилетнем возрасте после агрессии отца: отец хотел научить его плавать "по Есенину" и бросил

мальчика в воду. Мальчик пережил сильный испуг, едва не утонул и спасся только зацепившись и усевшись на отцовскую шею. Поэтому выигрыш в болезни, как расценил его врач, состоял у пациента в получении им поистине монаршего контроля над родителями. Выигрышей великое множество. Есть среди них изощренные, есть и наивные; и те и другие порой так и остаются незамеченными врачами. Но есть выигрыши, заметить которые считает гражданским долгом для себя любой врач. Не заметивший, объявляется профаном или сообщником. Эта та категория выигрышей, которые так или иначе связаны с деньгами или с получением каких-либо других материальных преимуществ. Некоторые называют такое отношение к болезни рентным. Цели здесь ясны- получение страховки, или группы инвалидности, или материальных благ, квартиры (Что еще ему оставалось делать? И он заболел туберкулезом!), каких-нибудь единовременных выплат и пр. К этой же группе можно отнести и болезни, счастливо ниспосланные богом и позволяющие избежать призыва в армию или заключения под стражу, а также болезни, возникающие с целью получения свободного времени, которое также можно использовать для зарабатывания денег.

Стратегии, которые избирают люди, хорошо известны общественности. Это, во- первых, реальное заболевание - о них мы говорили чуть выше, - действительно приключившееся, во-вторых, симуляция (имитация заболевания), в-третьих, аггравация (преувеличение тяжести течения и длительности заболевания), в-четвертых,

диссимуляция (приуменьшение тяжести заболевания, например, при попытке получить водительские права и др.).

Мы не будем в нашем описании повторять известное про эти стратегии, лишь позволим себе напомнить: а что, собственно, мы обсуждаем? Да, обсуждаем мотивацию выигрыша. И получается, что реальный выигрыш при реальном заболевании мы не считаем полученным недозволенными стратегиями. Тогда как выигрыш, полученный в результате симуляции, считаем недозволенным. Вот если бы ты правда заболел, тогда да, говорим мы, подталкивая человека к реальному заболеванию. Между тем человек, готовый засунуть себе в прямую кишку пшено в тряпице с веревочкой наружу, которое набухая, симулирует естественное выпадение прямой кишки, этот человек не нуждается ли в психологической и хирургической (кишка-то выпала) помощи? Или если болезнь, талантливо разыгранная лишь в воображении пациента, нашедшая несправедливыми путями себе дорогу в его психику и заразившая ее (болезнь заразная штука), кто поручится, что скоро эта мысленная болезнь не обернется реальностью и медицинская сестра не закричит: "Доктор, симулянт скончался!" Автор знал человека, помещенного в психиатрическую больницу с целью скрыть от начальства алкогольный эпизод, и так и не выписавшегося из нее, превратившегося в истинного пациента с алкогольной энцефалопатией и болезнью Корсакова.

Конечный и Боухал (1983) говорят, что "в медицинском заключении более целесообразно слово "симуляция"

заменить формулировкой "сознательная продукция симптомов" или "попытка сознательного изображения болезни". И здесь симуляция как сознательная мотивация выигрыша противопоставляется бессознательной, более результативной в смысле заболеваемости, мотивировке. Действительно, человек несет тяжелую ответственность за дар осознавать и не несет ответственности за бессознательное. Может быть поэтому многим так "хочется" сойти с ума или дать волю инстинктам ("Увезите меня в Гималаи...").

2. Болезнь как наказание и самонаказание

Человек в прошлом сделал что-то не так, оскорбил или унизил ближнего, а зачастую сделал какое-то мнимое прегрешение. Теперь болезнью он расплачивается за это, а некоторые особо мазохистические натуры с "упоением" принимают "наказание божие". Нетрудно заметить, что этот тип мотивации к болезни приветствуется церковью, вспомните толстовского отца Сергия, отрубившего себе мизинец (слава Богу, что только мизинец) в наказание за примыслившийся грех.

Ниже мы приведем выписку из истории болезни, опубликованной известным детским психиатром Груней Ефимовной Сухаревой (1957).

Мальчик 14 лет, происходит из здоровой семьи, развивался правильно, рос здоровым, спокойным, послушным ребенком. С 12-и летнего возраста мальчик стал грубым, раздражительным, жаловался на головные боли, на неспособность сосредоточиться. Резко снизилась ус-

певаемость в школе. Изменение состояния ребенка совпало с уходом отца из семьи. Мальчик тяжело переживал разлуку с отцом и часто говорил матери, что не хочет жить без отца, что нужно, чтобы отец и мать жили вместе. Из объективного анамнеза установлено, что в течение последних трех месяцев до поступления в клинику, у мальчика умерли обе бабушки, в смерти которых он в какой-то мере был виноват. Одну бабушку он нечаянно толкнул, она упала и сломала ногу, была увезена в больницу, где вскоре умерла. Другая бабушка умерла от несчастного случая. Мальчик не послушался бабушки, отказался пойти за покупками. Она пошла сама, попала под машину и умерла. После смерти бабушки мальчик стал более подавленным, тревожным, еще более снизилась его успеваемость в школе, почему и направлен в клинику. При поступлении стонет, вздыхает: "Не могу дышать, все время спать хочется"; высказывает идеи отношения: "все люди на него смотрят и смеются над ним, обвиняют его в смерти бабушки". В беседе с врачом жалуется на подавленное настроение, просит о помощи. За время наблюдения в больнице временами возникали состояния тревоги, страха с бредовой настроенностью. Жаловался, что все к нему плохо относятся. Изменения настроения часто были связаны с разговорами о семейной ситуации, иногда плакал: "Я боюсь, что меня будут обвинять в смерти бабушки, хотя я и не виноват". После двухмесячного пребывания в клинике стал спокойнее, включился в занятия. Был выписан из больницы в

состоянии значительного улучшения. Однако, через год вновь поступил. Стал замкнутым, подозрительным, высказывал идеи отношения и воздействия, отмечались слуховые галлюцинации. Поведение нелепое, мышление расстроено, резонерство. На этот раз было ясно, что речь идет о шизофрении.

Этот случай иллюстрирует мотивацию самонаказания. Мальчик винит себя в случайных смертях обеих бабушек, к которым он был случайно причастен в течение трех месяцев, случайно совпавших с уходом горячо любимого отца из дома. Как и в случае с тещинными грибами, чуть только чаще встречается слово "случайно", и неслучайность происшедшего становится очевидной. Мальчику было за что переживать и винить себя, заболевание стало для него наказанием и способом ухода от ужасно мрачной действительности. Такой взгляд на шизофрению имеет место.

Два следующих мотива недостаточно четки, их можно воспринимать в качестве мотивов условно; они проявляются уже после заболевания и во многом являются его следствием. С этих позиций они близки интеллектуальной части ВКБ; однако здесь можно увидеть и мотивационный корень "ожидания" болезни, в первом случае для борьбы с ней, во втором для переживания чувства беспомощности и регрессии к периоду детства.

3. Болезнь как угроза и вызов

И.Харди (1988) пишет: "...болезнь не может быть понята лишь на основе оценки поведения человека, его

впечатлений и переживаний в настоящее время. И в настоящем живут и продолжают оказывать воздействие прошлый опыт и впечатления". Мотив угрозы и вызова со стороны болезни ведут к тактике открытой борьбы с болезнью. Возможные последствия болезни гипертрофируются, сравниваются с прежним негативным опытом о подобном страдании у кого-нибудь из близких или знакомых. Такой страх и жизнь "под угрозой" ("Он поставил меня под угрозу", - говорит один из наших пациентов) характерен для людей, в семьях которых отмечаются тяжелые наследственные болезни. Страх и ощущение их скорого "прихода" иногда воплощаются по механизму истерической мимики во вполне реальное, но не наследственное страдание. "У меня это наследственное, - говорит больная, - точно такие же приступы были у жены моего покойного брата."

Тактика борьбы с болезнью обычно приветствуется. Приводятся поучительные примеры летчика Маресьева, циркового силача Дикуля. Но в некоторых случаях (см. выше о Франкле), борьба усугубляет болезнь и не дает личности дистанцироваться от болезни и соответствующим образом переориентироваться. Психотерапевты нейролингвистического направления (НЛП) заметили, что, люди развитые больше по кинестетическому, двигательному типу, при потере возможности двигаться в результате спинальной травмы или инсульта, испытывают парализующую угрозу их существованию и нуждаются в переориентировании на максимальное получение

информации, например от визуального анализатора. При этом нормализуется их жизнь и общее состояние.

4. Болезнь как утрата

Переживания утраты "не всегда ясны, могут носить косвенный символический характер. Снижение умственных, сексуальных способностей, ограниченность физических возможностей...может сопровождаться утратой прежнего самоощущения. В результате возникает подавленность настроения, депрессия." (И.Харди, 1988)

Цель переживания утраты - переживание беспомощности и регрессии в детский возраст, когда не нужно было думать как менять ситуацию, ибо эти решения принимал кто-то другой. Явления деперсонализации ("утрата прежнего самоощущения") сходны с фантомными явлениями (существование психического образа утраченного органа) своей инфантильной надеждой, что в один миг все изменится само собой.

Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. Л., Медицина, 1980. -184 с. (47-74)

Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Типы соматонозогнозии

Выше было показано, что в структуре соматонозогнозии на одном полюсе преобладают преморбидно-личностные особенности, а на другом более рельефно выступает характер соматического заболевания. О типах отношений больных к своим заболеваниям судят по их переживаниям, реакциям, высказываниям, действиям, поведению, которые

в своей совокупности отражают уровень осознанности болезни.

Но соматозогнозии не только субъективно отражают объективные патологические процессы. Будучи психологической стороной соматического заболевания, возникая в результате соматопсихических переключений [Аствацатуров М. И., 1934], они одновременно влияют на клиническую картину, течение и даже исход заболевания.

Мы полагаем, что анализ сущности соматозогнозии, их типов возможен только с позиции ленинской теории отражения, с понимания познания как субъективного отражения объективных, реальных явлений и процессов. «...Ощущение есть действительно непосредственная связь сознания с внешним миром, есть превращение энергии внешнего раздражения в факт сознания» (В. И. Ленин. Поли. собр. соч., изд 5-е, т. 18, с. 46). Чрезвычайно важным является также положение В. И. Ленина о том, что «...ощущение, восприятие, представление и вообще сознание человека принимается за образ объективной реальности» (Поли, собр. соч., изд 5-е, т. 18, с. 282-283).

В. И. Ленин учил: «Истина есть процесс. От субъективной идеи человек идет к объективной истине *через* «практику» (и технику)» (Поли. собр. соч., изд. 5-е т. 29, с. 183).

Исходя из этих ленинских положений, отдельные авторы считают возможным подразделять психическую форму отражательной деятельности на: а) отражение внешних объектов, б) отражение внутренних состояний

организма и в) отражение собственных субъективных явлений [Дубровский Д. И., 1971]. Отражения внутренних состояний организма, по мнению этого автора, представляют собой необразные отображения (в отличие от психического отражения внешних объектов) - «темные» ощущения, болевые ощущения, всевозможные чувственно-эмоциональные отображения изменений в организме. Многие субъективные переживания такого рода отражают объективные соматические изменения в генерализованной форме, в которой «сняты» локальные характеристики. Отражение внутреннего состояния организма в сознании человека Д. И. Дубровский предлагает называть чувственными знаками, поскольку в них воспроизводится не объект в его собственных формах, а лишь содержится специализированное указание на него. Но интерпретация отображения внутреннего состояния организма как отражение при помощи чувственных знаков еще не означает тождества между ними. Так же, как между отражаемым объектом и образом впечатления от него никогда не бывает тождества, так и между отраженным в сознании больного представлением о болезни и объективном характере ее никогда не возникает полного соответствия [Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К., 1976]. Поэтому при рассмотрении типов соматозогнозии следует выяснить, каково соответствие между отражением и отражаемым, т. е. определить степень их адекватности.

По современным воззрениям под адекватностью отражения понимается относительно верное, точное и

полное воспроизведение одной системы (отражаемой) средствами другой (отражающей). Следовательно, наиболее общими признаками адекватности являются: соответствие, но не совпадение отражения с оригиналом, объективный и относительный характер соответствия между отражением и оригиналом [Василев С., 1973]. Но, как отмечает Н. Г. Пехтерев (1965), адекватное сходство следует отличать от адекватного соответствия. Если адекватность как соответствие свойственна почти всем видам отражения, то адекватность как сходство свойственна высшей форме отражения - идеальному образу. Сходство, являясь специфическим понятием, характеризует верность воспроизведения особенностей оригинала в мысли, в идеальной модели, когда эта модель сопоставляется, сравнивается, соотносится с оригиналом [Украинский Б. С., 1969]. Адекватность есть диалектическое противоречивое единство абсолютного и относительного в отражении, противоречивое единство соответствиями одновременно несовпадения с оригиналом [Василев С., 1973].

Таким образом, основой соматозогнозии является адекватность субъективного отражения патологических нарушений в человеческом организме. Болезненные ощущения в сознании больного, по мнению Д. И. Дубровского (1971), проецируются в виде необразного отражения. Однако степень адекватности содержания субъективного переживания, вызванного соматической патологией, в большинстве случаев может определяться

лишь по вероятностному принципу, подтверждающему относительность адекватности, но не исключающему возможности ее абсолютности.

Полагают, что адекватной реакцией личности, возникшей в результате болезни, является признание факта болезни, принятие к сведению заключения врача и сотрудничество с ним больного [Hardi, 1973].

Формирование типов соматозогнозий является производным взаимодействия не только личности и болезни, но и ситуации, в которой оказывается больной. Некоторые авторы полагают, что адекватные ситуационные реакции у соматических больных чаще оказываются результатами влияния на личность «малых психогений» - собственно болезни, не представляющие непосредственной угрозы для жизни, традиционные, например, для позднего возраста [Сергеев И. И., 1975] С. С. Корсаков считал более правильным относить тревожные мысли о характере заболевания, тяжести и перспективах его развития к разряду психологически понятных, преходящих реакций психически здоровых людей на возникновение тех или иных соматических заболеваний.

Определение врачом адекватности субъективной оценки больным своего соматического страдания требует отграничения личностных реакций психологических от патологических. Первые должны рассматриваться как адекватные ситуационные реакции даже в случаях, когда прослеживаются пессимистические переживания с некоторой тревожностью, раздражительностью, суе-

ливостью. Представления, иногда напоминающие доминирующие идеи, будучи особенно насыщены психологическим содержанием, также относятся к адекватным реакциям [Сергеев И. И., 1974]. Являясь специфическим признаком любого соматического заболевания, адекватность субъективного отражения болезни обладает весьма широким диапазоном. В одних случаях, как уже отмечалось, больные признают наличие болезни, в других ее отрицают, в третьих извращенно оценивают. Оценки ими тяжести состояния могут быть: повышенными, пониженными, средними [Зайцев В. П., 1975]. Отношение к болезни бывает рационалистическим, оптимистическим, пессимистическим [Kondas, 1977]. Следовательно, диапазон адекватного реагирования довольно широк. В некоторых случаях оно приближается к патологическим формам реагирования, т. е. к субнорме.

Различные формы личностного реагирования на болезнь зависят от степени заинтересованности рассмотренных выше этапов соматозогнозий и вариантов их сочетания. Исходя из этого представляется обоснованным подразделение соматозогнозий на следующие типы: нормосоматозогнозии, гиперсоматозогнозии, гипосоматозогнозии, диссоматозогнозии.

Нормосоматозогнозии - это такой тип личностного реагирования на соматическое страдание, при котором больные правильно оценивают свое состояние и перспективу, их оценка совпадает с трактовкой врачей. Отношение к болезни адекватное. Больной позитивно

относится к лечебно-диагностическим и реабилитационным воздействиям. Он проявляет активность в борьбе с болезнью, стремясь найти наиболее оптимальный выход из сложившейся ситуации, преодолеть ее или приспособиться к ней.

Одни больные с этим типом реагирования отличаются заостренностью различных компонентов сексологического и оценочного этапов, а также стеничностью, активностью в отношении обследования, лечения, реабилитации, мобилизуя все внутренние ресурсы для борьбы с болезнью. Готовность больного к преодолению болезненных явлений, последствий болезни оказывает благоприятное влияние на эффективность лечебно-реабилитационных усилий [Чеботарев Э. П., 1970].

Для другой группы больных свойственны снижение активности, неспособность к преодолению отрицательных переживаний при сохранении правильной, адекватной оценки характера заболевания и его последствий. «Концепция» своей болезни у них несколько аморфна, расплывчата, больной выступает в роли как бы пассивно-созерцательного наблюдателя. Это, вероятно, можно объяснить преобладанием оценочного этапа над сексологическим (для этих больных более характерна рассудочность, а не эмотивность).

Больные с нормосоматозогнозией до болезни обычно сильные, уравновешенные, гармоничные личности.

В качестве иллюстрации приведем одно из наших наблюдений.

Больной К., 44 лет, проводник пассажирского поезда, в хирургическом отделении находился на лечении по поводу острого аппендицита с 12 мая по 1 июня 1974 г.

По характеру спокоен, стеснителен, в меру общителен, к состоянию своего здоровья всегда относился внимательно, но без излишних опасений, «верил врачам», излишне чувствителен к болевым ощущениям.

Заболел остро 11 мая 1974 г., через 18 ч доставлен в больницу, где через 1 ч произведена аппендэктомия под местной анестезией, операцию перенес удовлетворительно, послеоперационное течение без осложнений.

На операцию согласие дал без длительных раздумий, хотя и испытывал волнение. Сомнения о возможности неблагоприятного исхода стремился подавить. По окончании операции испытывал некоторое облегчение, все тягостные болевые ощущения остались позади. После прекращения анестезии болевые ощущения стали мучительными, возникли опасения, что операция проведена неудачно. По мере исчезновения болевых ощущений, явлений общей слабости обретал уверенность в благоприятном исходе заболевания.

Выписан в удовлетворительном состоянии.

Личностная реакция у этого больного на операцию вполне соответствовала интенсивности болевых ощущений, поэтому ее можно отнести к нормосоматоно-зогнозии. Такой тип реагирования не является однозначным, в

лечебной практике встречаются больные с правильной реакцией, но имеющей различные оттенки. Последние могут быть обусловлены особыми обстоятельствами жизни больного. Подтверждением этого служит следующее наблюдение.

Больная Ф., 24 лет, лаборантка, находилась на лечении в туберкулезном отделении с 20 февраля по 26 мая 1976 г. Диагноз: очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации. По характеру сдержанная, в меру общительная, стеснительная, робкая, чувствительная к жизненным трудностям, чрезмерно внимательная к состоянию своего здоровья. При неудачах, затруднениях в жизни легко теряется, но всегда быстро находит наиболее оптимальный выход из сложившейся ситуации. Заболевание обнаружено неожиданно для больной при очередной диспансеризации, в связи с чем вскоре была госпитализирована в специализированное отделение. Внезапность «заразного» заболевания особенно беспокоила больную. Ее преследовали опасения, страх остаться одной в связи с возможным уходом мужа. Тревогу усиливало наличие 3-месячной беременности и опасение за судьбу ребенка.

В состоянии больной отмечались явления туберкулезной интоксикации, астенизации и тревоги.

В процессе лечения наступило значительное соматическое улучшение, а вслед за ним и сглаживание остроты переживаний. Стала спокойной.

Выписана в удовлетворительном состоянии.

Степень опасений больной за свое здоровье, жизнь ребенка и будущее семьи не выходила за пределы нормосоматонозогнозического типа реагирования.

Гиперсоматонозогнозия - это такой тип личностной реакции на соматическое страдание, при котором больные склонны переоценивать значимость как отдельных симптомов, так и болезни в целом, ее последствий, что не соответствует объективной опасности заболевания. Такая гиперактуализация, аффективная окрашенность болезненных явлений приводит к концентрации внимания и усилий больного, направленных на выздоровление. Переоценка значимости болезни может находить свое выражение в представлениях о витальной угрозе, опасности ограничения (утраты) возможности профессионально-трудовой и общественной деятельности, а также в гипертрофированной оценке этических, эстетических и интимных компонентов последствий болезни.

Отмечается полиморфизм гиперсоматонозогнозических явлений. В одних случаях типичны: элементы тревоги, паники, сниженности настроения, прикованность мыслей и внимания к болезни. Переоценивая тяжесть состояния, больные, однако, не считают его безнадежным, проявляют большую активность в плане обследования и лечения, стремясь внести коррективы в назначения врача и в то же время не всегда пунктуальны в их выполнении. Они мечутся в поисках более «квалифицированного», по их мнению, врача, в приобретении новейших лекарственных средств (не всегда, однако, имеющих для них достаточно обоснованные

показания). Много читают специальной медицинской литературы. В других случаях больным с гиперсоматонозогнозией свойственны, сниженность настроения, но без налета тревожности, апатичность, монотонность. Все мысли и внимание прикованы к болезни, свой прогноз они оценивают пессимистически. Утверждая бесцельность лечебно-диагностических процедур, больные в то же время неукоснительно выполняют все предписания врача, скрупулезно принимают медикаменты. Они ловят каждое его слово, непрерывно сопоставляя высказывания медицинского персонала с субъективными ощущениями.

Важным критерием отграничения гиперсоматонозогнозий от патологических форм личностного реагирования.

Приведенный пример иллюстрирует гиперсоматонозогнозический тип личностной реакции.

Гипосоматонозогнозия - это такой тип личностного реагирования на соматическое заболевание, при котором выявляется недооценка больным тяжести и серьезности болезни в целом и ее отдельных признаков (а также последствий), находящаяся в противоречии с объективными данными. Эта недооценка приобретает весьма полиморфный характер как в плане представления является доступность больных коррекции измененных сексологических и оценочных этапов и отношения к болезни.

Больным с гиперсоматонозогнозией чаще всего свойственны определенные особенности преморбиды,

которые можно наблюдать у акцентуированных личностей. Это тормозимые личности с преобладанием тревожно-мнительных черт или же лица, выявляющие черты ригидности, торпидности, с склонностью к застреванию на переживаниях, в частности, касающихся соматического здоровья.

О существовании такого типа реагирования свидетельствует следующее наше наблюдение.

Больной Б., 48 лет, техник-строитель, находился на лечении в терапевтическом отделении с 12 февраля по 25 марта 1974 г. с диагнозом: язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии. Атеросклероз аорты и коронарных сосудов.

Себя считает энергичным, настойчивым, хотя и возбудимым, но уживчивым. К состоянию своего здоровья относится всегда внимательно, подчас с мнительностью.

В 1972 г. умер сосед по квартире после операции по поводу рака желудка. Вскоре после этого больной обратился, к врачу с жалобами на боль в эпигастральной области, раздражительность, утомляемость, тревожный сон. С 11 января по 17 февраля 1973 г. лечился стационарно с диагнозом хронический гипоацидный гастрит. Выписан со значительным улучшением. Но спустя 6 мес начал предъявлять прежние жалобы.

При повторной госпитализации в результате дополнительных исследований была обнаружена язвенная болезнь желудка («ниша»). У больного нарастали тревожность, раздражительность, быстрая истощаемость,

все его внимание фиксировалось вокруг возможных последствий, особенно беспокоила мысль о раке желудка. Разубеждения в несостоятельности опасений достигали положительного эффекта, но на непродолжительное время.

В процессе лечения болезненные ощущения, явления астенизации стали уменьшаться, постепенно нормализовалась и оценка своего состояния. На будущее начал строить реальные планы.

Выписан в удовлетворительном состоянии с полной компенсацией болезненных явлений, правильной их оценкой.

Для одной части больных с гипосоматозогнозией характерно снижение активности, внешнее отсутствие интереса к обследованию и лечению. Больные склонны благоприятно оценивать перспективу, переоценивать свои возможности, преуменьшать опасности. При более глубоком анализе, однако, обнаруживается, что они правильно оценивают свое состояние здоровья, проявляют осведомленность о возможных неблагоприятных прследствиях заболевания. Соблюдают режим, выполняют предписания врача, хотя подчас и полагают, что лечение можно было бы активизировать, проводить более быстрыми темпами. При длительном течении, заболевания больные как бы свыкаются с болезнью, перестают обращать на нее внимание, нерегулярно лечатся. Они благодушны, суждения их поверхностны. Другая часть больных с гипосоматозогнозией отличается нежеланием

обращаться к врачу, отрицательным отношением к лечению. Отбрасывая мрачные мысли, больные как бы стремятся закрыть глаза на изменения, вызванные болезнью. Пациенты не желают смириться с новым положением, теми ограничениями, какие накладывает болезнь. В этом проявляется их своеобразная защитная психологическая реакция. Она наблюдается преимущественно у стеничных, целенаправленных, акцентуированных личностей, стоящих ближе к ригидному типу, с элементами «гиперсоциальности».

Приведем пример.

Больной Л , 68 лет, пенсионер, токарь по специальности. В глазном отделении находился с 3 января по 27 января 1971 г. с диагнозом: глаукома левого глаза. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз. Себя считает спокойным, добродушным, с устойчивым настроением, к своему здоровью всегда относился беспечно. За всю свою жизнь дважды обращался к врачам: сыпной тиф в 19-летнем возрасте и инфаркт миокарда в 62 года.

Настоящее обращение к врачам связано с ощущением неловкости, периодическим потемнением в глазах, ухудшением зрения. 'Данное заболевание расценивает как легкое, не грозящее серьезными последствиями не только для жизни, но и для здоровья. При разъяснении врачами всей серьезности заболевания и необходимости продолжительного и систематического лечения вначале

соглашается с их доводами и лечебные назначения выполняет регулярно. Однако через несколько дней вновь начинает считать заболевание легким и несерьезным, ввиду этого лечебные процедуры пропускает, считая их необязательными и даже ненужными.

В общем рисунке « поведения и высказываний прослеживается добродушный фон настроения, с оттенком благодушия, элементы поверхностности в суждениях, отсутствие в них глубины.

Выписан в состоянии компенсации без сужения полей зрения.

В этом случае просматривается недооценка тяжести заболевания и возможных его последствий, связанная с особенностями преморбиды и, видимо, возрастными изменениями.

Циссоматозогнозия - это такой тип личностной реакции на соматическое заболевание, когда больные отрицают наличие болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или под влиянием страха перед ее последствиями. Хотя диссоматозогнозии и приближаются к гипосоматозогнозиям, они, однако, имеют качественные различия. В первом случае речь идет о полном непризнании болезни, во втором - ее недооценке. Это, конечно, не исключает возможности переходных форм между ними.

Диссоматозогнозические реакции могут быть различными. Так, наблюдается непризнание болезни при слабой выраженности объективных признаков, таящих,

однако, угрозу для здоровья и даже жизни больного (онкологические заболевания, туберкулез и др.). Сюда же должны быть отнесены случаи умышленного сокрытия такого заболевания, как сифилис. Несмотря на наличие объективных признаков, представляя опасность для окружающих, такие больные по мотивам «позорности» заболевания отказываются от лечения, госпитализации, продолжая поддерживать интимные связи. Порой в связи с отрицательным отношением окружающих больные скрывают снижение слуха и зрения.

Страх перед последствиями заболевания ведет к вытеснению из сознания мыслей о болезни, особенно когда вырисовывается неблагоприятный исход. Это выражается в нежелании говорить о болезни, в ее отрицании, как это бывает, например, на фоне общей вялости и апатии при хронической почечной недостаточности.

Во всех случаях диссоматонозогнозии сохраняется осознание болезни, ее исхода. Кроме того, при диссоматонозогнозиях возможна коррекция не только утверждений и суждений больных о болезни, но и нормализация поведения. В этом отношении представляет интерес следующее наблюдение.

Больной Д., 52 лет, инженер-строитель, находился в терапевтическом отделении с 4 июня по 1 сентября 1972 г, с диагнозом: ишемическая болезнь сердца. Острый инфаркт миокарда. Постинфарктный кардиосклероз.

Стеничный, бескомпромиссный в суждениях, целенаправленный, уверенный в себе, по работе всегда

характеризовался положительно, успешно продвигался по службе. Состоянию своего здоровья особого значения не придавал. Отпуска проводил в домашних условиях.

С 49 лет периодически стала беспокоить боль в области сердца. К врачам обращался неохотно, обычно принимал валидол, который купировал боль.

Ночью 3 июня 1972 г. возник приступ резких болей в сердце, была вызвана «скорая помощь». Применение спазмолитиков и наркотиков приступ боли купировало не сразу. Несмотря на явные признаки инфаркта, больной лишь после продолжительных уговоров согласился на госпитализацию.

В отделении с трудом соблюдает постельный режим. В первые же дни пытался встать с постели; утверждая, что у него был лишь приступ стенокардии. «Врачи скорой помощи перестраховались», от осмотра консультанта отказывается. «Он не нужен, приступ он не видел».

При беседе с больным стало очевидно, что диагноз инфаркта миокарда «грозит крушением моих служебных планов». По выписке приступил к работе через 3 мес. Спустя 2 года повторный инфаркт миокарда. Суждения, высказывания, поведение такие же, как и при первой госпитализации. Находился на лечении в течение 3 мес, к работе приступил через полгода. Спустя 1 год произошел третий, тяжелый инфаркт миокарда, по поводу которого 10 дней находился в реанимационной палате. Выписан через 3 мес с инвалидностью второй группы.

Думается, что это наблюдение не только иллюстрирует диссоматонозогнозический тип реагирования, но и показывает, к чему может привести упорное игнорирование тяжелого заболевания.

Рассмотренные типы соматонозогнозий представляют лишь усредненные формы личностных реакций на соматическое заболевание. Вариабельность структуры и динамики этих реакций зависит от многих причин, в том числе и от возрастного фактора. При оценке становления типов реагирования следует исходить как из психологических, так и соматических возрастных особенностей. Представляет интерес, какой тип соматонозогнозий является преобладающим для определенной возрастной группы. Заслуживает также внимания вопрос о том, какую окраску тому или другому типу реагирования придает возраст.

Относительно преобладания типов соматонозогнозий, свойственных тому или иному возрасту, необходимо подчеркнуть значение оценки больными не только болезни, но и здоровья. Так, для больных молодого возраста наряду с нормосоматонозогнозиями характерны переоценка своего здоровья и недооценка болезни (даже при тяжелом течении), особенно ее последствий. В то же время для них в определенной мере свойственна переоценка значимости болезни в тех случаях, когда отчетливо выступают эстетический и интимный компоненты личностных реакций. Диссимуляция же болезни у них чаще возникает тогда,

когда преобладает этический компонент оценочного этапа соматонозогнозий.

У больных зрелого возраста наряду с нормосоматонозогнозиями из крайних типов адекватного реагирования наиболее часты диссоматонозогнозии, особенно у лиц с превалированием общественно-трудового компонента.

Возникающая у больных пожилого возраста гиперсоматонозогнозия, надо полагать, обуславливается не только переоценкой значимости болезни, прежде всего витального компонента личностной реакции, но и одновременной недооценкой сил и возможностей своего организма. Личностные реакции отличаются своеобразием, особенно у больных старческого возраста. У них чаще всего наблюдаются гипосоматонозогнозии. Недооценка значимости болезни объясняется, вероятнее всего, не только психологическими изменениями личности, но и снижением общей реактивности.

Нормосоматонозогнозии в молодом и зрелом возрасте формируются преимущественно у стеничных людей, проявляющих активность и заинтересованность в отношении лечения, обследования, реабилитации с максимальной мобилизацией внутренних ресурсов для борьбы с болезнью. Для них свойственна готовность к преодолению болезни и ее последствий.

Гиперсоматонозогнозии в молодом возрасте обычно обусловлены переоценкой значимости не самой болезни, а ситуации, которая создается в результате заболевания, в силу повышенной значимости этических, эстетических и

интимных компонентов заболевания. В зрелом возрасте гиперсоматонозогнозии возникают также в ответ на последствия болезни, особенно тогда, когда страдает их общественно-трудовая деятельность. У больных пожилого возраста переоценка значимости болезни вызывается, как можно полагать, снижением адаптационных механизмов и частыми нарушениями регуляции висцеральных функций.

Наряду с соматонозогнозией как психологической формой реагирования наблюдаются патологические типы отношения к болезни. Хотя основной задачей настоящей работы является изложение особенностей психологического реагирования при соматических заболеваниях, тем не менее мы сочли уместным кратко остановиться и на психопатологических реакциях. Это вызвано тем, что такие больные нередко встречаются в соматических стационарах и поликлиниках. Частота их при различных соматических заболеваниях колеблется, достигая 30 и даже 50% [Зикеева Л. Д., 1974; Зайцев В. П., 1975, и др.].

Патологическая (психопатологическая) личностная реакция на соматическое заболевание - это такая реакция, при которой утрачивается соответствие силе, продолжительности и значимости раздражителя, т. е. когда она перестает быть адекватной психогенному воздействию. При патологических личностных реакциях невозможна коррекция представлений, суждений, утверждений больных о характере заболевания, а также

поведения. Продолжительность психопатологических реакций весьма вариабельна: от нескольких часов до нескольких дней, недель. При хроническом течении заболевания возможно перерастание патологических реакций в невротическое или патохарактерологическое развитие личности.

В структуре психопатологических реакций находят свое отражение характер соматического заболевания, преморбидно-личностные особенности, среди них ведущими, можно считать, являются деформированность по психопатическому и психопатоподобному типу. Наконец, на структуру психопатологических реакций свое воздействие оказывают и ситуационные моменты.

Изложенные факторы, формирующие патологические виды реагирования, определяют многообразие их вариантов, полиморфизм структуры. В настоящее время наиболее распространенными являются следующие варианты: депрессивные, фобические, истерические, ипохондрические и анозогнозические.

Депрессивный вариант в известной мере является универсальным типом реакции, хотя в ее структуре немало и индивидуального. Очевидно, следует согласиться с тем, что депрессивная форма реагирования присуща многим людям. Она может возникать вне существенной связи с индивидуальностью, будучи обусловленной значимостью соматического страдания. Поэтому для возникновения депрессивного варианта требуется определенная сила раздражителя - значимость соматического страдания. Свое

выражение депрессивный вариант может находить в форме тревожно-депрессивного и астено-депрессивного синдромов.

Тревожно-депрессивный синдром наиболее характерен для начала заболевания (состояние стресса) с витальным компонентом соматического страдания - реальная угроза для жизни (инфаркт миокарда, онкологическое заболевание и др.), заболеваний с чрезмерной переоценкой значимости этического компонента болезни (инфекционные заболевания, в частности туберкулез, сифилис и проч.), а также для отчетливо выступающей уже в начале заболевания угрозы частичной или полной утраты профессионально-трудовой деятельности (внезапная потеря зрения, конечностей и т. д.). Для таких больных характерны сниженность настроения, тоска, грусть, погруженность в свои болезненные ощущения, мысли и чувства, от которых они не способны отвлечься, фиксированность на представлениях о тяжелом недуге; им свойственны суицидные тенденции [Фелинская Н. И., Чибисов Ю. К., 1972]. В структуре этого синдрома могут выступать эмоции страха, отчаяния, сужения сознания, доминирующие идеи, связанные с соматическим страданием [Авербух Е. С., 1975]. Страх — это субъективное переживание угрозы, опасности благополучию организма, тревога же - это тоска, направленная на будущее [Кербиков О. В., 1971]. В отдельных случаях возникновение того или иного соматического заболевания может сопровождаться

возбуждением типа меланхолического раптуса (взрыва) с чувством отчаяния, безнадежности, гибели, катастрофы [Равкин И. Г., Голодец А. Г., 1969].

Астено-депрессивный синдром развивается обычно в стадии разгара и исхода заболевания. В клинической картине можно проследить сниженность общего фона настроения, угнетенность, растерянность, замедленную моторику. Развиваются эти депрессивные явления на фоне астении. Нервно-психическое истощение довольно выражено и достигает степени общей астении, т. е. захватывает не только интеллектуальную и эмоциональную сферы, но и физическое состояние. Глубокое уныние, тоскливость носят, однако, стереотипно-однообразный характер, с замедленной, малозаметной динамикой болезненных проявлений [Фелинская Н. И., Чибисов Ю. К., 1972].

В возникновении депрессивной реакции определяющую роль играет психотравмирующий фактор, обусловленный психологической значимостью страдания. По окончании соматического заболевания эти реакции в большинстве случаев проходят. Это можно проследить на следующем примере.

Больной П., 19 лет, образование среднее, лаборант. В терапевтическом отделении находился с 21 июня по 10. июля 1973 г. с диагнозом: глистная инвазия (аскаридоз).

С детства возбудим, обидчив, нетерпелив, внушаем, к своему здоровью всегда внимателен, даже при нетяжелых заболеваниях появляется растерянность.

С 25 апреля по 20 июня находился в терапевтическом отделении на обследовании, установлена глистная инвазия - аскаридоз, произведена дегельминтизация кислородом. В день выписки из отделения вечером в кале вновь обнаружил глисты. Испугался, что болен неизлечимым заболеванием. Ночь почти не спал, находился в состоянии смятения. Утром поехал в больницу, вызвал лечащего врача, повторно стационарирован.

В отделении вначале растерян, на лице выражение страха, с трудом осмысливает окружающее, настроение подавленное, много говорит о своем заболевании. В дальнейшем вял, назойлив в отношении своего заболевания, излишне фиксирован на своих соматических ощущениях.

В процессе лечения настроение выровнялось, выписан в хорошем состоянии.

Складывается впечатление, что в данном случае имеет место патологическая форма реагирования на аскаридоз (тревожно-депрессивный синдром). В основе ее главным образом преморбидно-личностные особенности.

При фобическом варианте реакции определяющую роль играют личностно-преморбидные особенности. В анамнезе таких больных прослеживаются тревожно-мнительные черты характера, робость, неуверенность, недостаточная физическая выносливость и т. д. Эти качества могут служить проявлением акцентуированности личности, ее деформированности по психопатическому типу. Кроме личностных особенностей, возникновению фобических

реакций могут способствовать различного рода истощающие, астенизирующие организм факторы.

В классическом понимании фобии как навязчивые страхи характеризуются сохранностью полной критики со стороны больного к этим явлениям. Однако при анализе фобического варианта критика к навязчивым переживаниям оказывается неполной. Сохранность критики при навязчивых страхах характерна для соматических больных вне острых приступов фобий. В течение самого приступа страха переживаемую опасность больные считают вполне реальной [Попов Е. А., 1956; Давиденков С. Н., 1963]. Навязчивый страх (фобия) отличается интенсивностью, непродолжительностью, иногда бессмысленностью, несмотря на усилия справиться с ним [Снежневский А. В., 1968]. Общеизвестно, что одним из частых психотравмирующих факторов, выступающих в роли причины навязчивых страхов, являются объективно регистрируемые изменения состояния здоровья. Причем в одних случаях эти изменения носят острый и кратковременный характер, в других - подострый с длительным течением.

При исследовании тяжести фобических реакций, их динамики выделяют три периода: первый - это появление навязчивых страхов под действием травмирующего раздражителя - непосредственного соприкосновения с патогенным фактором. Второй - возникает не только в патогенной ситуации, но и в ожидании столкновения с травмирующими раздражителями, фобические реакции

появляются на отдаленный, значительно более слабый раздражитель. Третий период - появление фобических переживаний в объективно индифферентной ситуации, которые возникают лишь под влиянием навязчивых представлений о патогенной ситуации [Асатиани Н. М., 1967].

Изменчивость навязчивых страхов определяется не только личностными особенностями, но и характером заболевания. Так, при заболеваниях, затрагивающих жизненно важные функции (органы кровообращения, дыхания), пароксизмально могут возникать фобии в виде страха смерти - танатофобии. К этой группе фобических реакций с известным основанием относятся навязчивые страхи при заболеваниях с вероятным летальным исходом (например, канцерофобии при затяжных заболеваниях желудочно-кишечного тракта и др.). Эти фобии могут быть отнесены к первому периоду. Наряду с танатофобиями не меньший удельный вес занимают страхи перед отдельными формами соматических страданий, так называемые нозофобии. Своей основой они имеют патологическую интрапсихическую переработку малосущественных болезненных проявлений. Типичным выражением их является сифилофобия. В отличие от танатофобии в формировании нозофобии существенную роль играют опасения снижения и даже полной утраты возможности профессионально-трудовой деятельности, а также преувеличение значимости этических и интимных компонентов болезни. По своему генезу эти

фобии могут быть отнесены ко второму периоду. Наряду с танато- и но-зофобиями заслуживают выделения дисморфофобии. Основой их является преувеличение, утрированное представление об эстетических компонентах не только болезни, но и ее последствий. Это различного рода заболевания, повреждения наружных участков тела человека (кожные заболевания, рубцы лица и других поверхностных участков, облысение и проч.). Такая форма фобических реакций по своему происхождению стоит ближе к третьему периоду фобических расстройств. Указанные косметические дефекты приобретают психогенно-стрессовый характер лишь у определенных лиц (акцентуированных, деформированных — психопатического и патохарактерологического типа) с повышенной чувствительностью к своему здоровью, соматическому заболеванию, особенно ее эстетическому компоненту [Коркина М. В., 1968].

Одним из частых вариантов фобий являются, как известно, кардиофобии. Приводим соответствующее наблюдение.

Больной Б., 32 лет, бухгалтер, в терапевтическом отделении находился со 2 февраля по 26 февраля 1972 г. с диагнозом: начальный атеросклероз аорты и венечных артерий, миокардиодистрофия, стенокардия.

Возбудим, общителен, эмоционально неустойчив, мнителен в отношении своего здоровья.

С 29 лет кратковременные приступы боли в области сердца, наступающие обычно после волнения. В это время тяжело заболел отец (гипертоническая болезнь). Боль в сердце участилась и усилилась, снималась приемом валидола. 2 февраля затяжной приступ боли в сердце с иррадиацией в левую лопатку, одышка. С подозрением на инфаркт миокарда доставлен в больницу.

В отделении боль быстро купировалась, однако продолжала беспокоить общая слабость. При удовлетворительных клинических показателях продолжал фиксировать свое внимание на ощущениях в сердце. «Живу в ожидании нового приступа, страхе перед ним, хотя и понимаю его несостоятельность, но не могу избавиться от страха перед приступом, побороть его».

В процессе лечения состояние выравнилось, страха перед сердечным приступом в настоящее время нет. Выписан в хорошем состоянии.

Фобический вариант патологического реагирования на стенокардию у данного больного наиболее вероятен. Его развитие в значительной мере определяется пре-морбидом.

При истерическом варианте патологических реакций весьма рельефно выступает определяющая роль личностных особенностей больного. Соматическое же заболевание является как бы пусковым механизмом и не придает какой-либо специфичности истерическим симптомам, возникшим в ответ на любую соматическую болезнь. Поэтому при истерическом варианте мы имеем дело преимущественно с проявлениями, вытекающими из структуры личности и ее

декомпенсации. Последняя, будучи обусловленной психогенно-стрессовой ситуацией, находится в непосредственной связи с соматическими заболеваниями [Ковалев В. В., Белов В. П., 1967].

На структуру истерических реакций не так уж редко оказывают воздействие известная степень психической незрелости, поверхностность мышления, парадоксальность суждений с инфантильными чертами эмоциональности. Все это способствует тому, что воздействия раздражителей, идущих из внутренней и внешней среды, могут вызвать несоразмерно сильную реакцию. Отсюда вытекают склонность к быстрым и резким переменам настроения, легким переходам от смеха к слезам и обратно, рисовка, вычурность, театральность, наклонность к демонстративным поступкам и актам самоповреждения в состоянии аффекта [Портнов А. А., Федотов Д. Д., 1971]. Эта чрезмерная заостренность и выраженность эмоциональных реакций в отдельных случаях возникает на фоне суженного сознания. Так, возможно двойственное отношение к соматическому заболеванию: больной сознает тяжесть болезни, в то же время в силу эмотивности не всегда полностью соблюдает предписания врача [Иванов Н. В., 1970 Морозов В. И., 1974]. Больные с доминированием субъективных расстройств при весьма неясных и незначительных объективных данных встречаются не так уж редко, составляя 20% пациентов поликлиник и больниц [Пэунеску-Подяну, 1976]. Истерические реакции как форма субъективной оценки

соматического страдания по своей интенсивности и глубине чаще всего встречаются в начальной стадии заболевания.

Таким образом, для истерического варианта патологических реакций характерна пароксизмальность с явным несоответствием между тяжестью болезни, ее отдельных признаков (значительно реже последствий) и их субъективным отражением. Это несоответствие выражается в гипертрофированности предъявляемых жалоб и связанным с ними повелением, их утрированности, гротескности, полярности эмоциональных реакций. При этом обращает на себя внимание явная недостаточность интрапсихической переработки болезненных ощущений. Этот вариант реагирования можно увидеть на следующем примере.

Больной М., 22 лет, студент, находился в терапевтическом отделении с 14 мая по 2 июля 1975 г. с диагнозом: бронхопневмония.

Себя считает обидчивым, мнительным, нетерпеливым, внушаемым, к состоянию своего здоровья относится неровно, в начале заболевания обычно паническое настроение.

Считает себя больным с первых чисел мая. От амбулаторного лечения улучшения не отмечал, настаивал на стационарном лечении.

В отделении тревожен, режим выполняет неаккуратно. Свои жалобы излагает несколько вычурно, театрально, с рисовкой, стремясь привлечь внимание медицинского персонала. Тревожен, себя считает неизлечимо больным.

Утверждает, что у него туберкулез, рак легкого. Разубеждения видимого эффекта не дают. В то же время при отвлечении внимания забывает о болезни. На будущее строит мрачные прогнозы. Родителям пишет панические письма.

В результате лечения наряду с улучшением соматического состояния происходило выравнивание настроения, стал более доступен разубеждениям. Выписан по выздоровлению.

В этом наблюдении есть основания для заключения об истерическом варианте патологической реакции на бронхопневмонию.

Ипохондрический вариант представляет гиперболически-пессимистическую оценку соматической болезни с вытекающим отсюда несоответствием между тяжестью болезни и ее истолкованием. Общепризнанным считается, что ипохондрическая реакция обычно возникает при легких по тяжести заболеваниях, но с затяжным хроническим течением. При большой длительности соматических страданий, астенизирующих больных, эти реакции могут приобретать характер ипохондрического развития [Феоктистова Ю. А., 1964]. В таких случаях, хотя болезнь и прошла, но, как пишут А. А. Портнов и Д. Д. Федотов (1965), порожденные ею опасения остаются, больные чрезвычайно сосредоточены на своих ощущениях. Остатки болезненной направленности, задержавшейся по выздоровлении от какого-либо соматического заболевания, легко способствуют, как справедливо подчеркивает К. А.

Скворцов (1961), возникновению ипохондрической симптоматики, когда больные не испытывают благодатного ощущения выздоровления. Речь об ипохондрическом толковании ощущений больного при внутренних заболеваниях идет в тех случаях, когда несмотря на негрозный диагноз и прогноз, вопреки процессу выздоровления, упорно держатся мысли, тревога и страх, что он болен другим, более серьезным заболеванием. В отдельных случаях пациент признает, что диагноз его заболевания правилен, но считает это заболевание непременно злокачественным, чреватым тяжелыми последствиями, грозящими ему инвалидностью и даже гибелью. Эти интересные, важные наблюдения и выводы принадлежат Л. Л. Рохлину (1963). Подтверждением возникновения ипохондрических реакций при нетяжелых соматических заболеваниях могут служить пациенты, которые при малейшем недомогании начинают думать об опасностях для здоровья и жизни [Schipkowensky, 1942]. Что касается роли личностных особенностей в становлении ипохондрического варианта, то в настоящее время распространена точка зрения о преобладании у таких больных тревожно-мнительных черт, элементов сензитивности, неуверенности [Галачьян А. Г., 1954; Скворцов К., 1956; Рохлин Л. Л., 1963; Сборщик В. Е., 1964; Sattes, 1955]. Наряду с этим, ипохондрическому развитию личности способствует наличие в преморбиде epileptoидного радикала в сочетании с ригидностью установок, императивностью суждений, узостью аффекта и

негибкостью мышления [Бобров А. С., 1976]. Эти преморбидно-личностные особенности могут развиваться в одних случаях по акцентуированному типу, в других - по типу психопатических деформаций или психопатоподобных состояний в результате экзогенно-органических поражений головного мозга. Оценивая синдром как преувеличение опасения действительного соматического заболевания, умеренного по своей тяжести, мы полагаем, что в генезе его преобладающая роль принадлежит личностным особенностям.

Полиморфизм клинических проявлений позволяет условно подразделить ипохондрические реакции на два типа. С одной стороны, это пациенты с явлениями тревоги, неуверенности. Они весьма ранимы, мнительны, малейшее соматическое заболевание вызывает растерянность, боязнь последствий. В поведении отмечается склонность к уединению, замкнутости (аутизации), загруженность своими внутренними ощущениями. В предъявлении соматических жалоб монотонны, настойчивы в обследовании и лечении. Это тревожно-ипохондрический тип.

Больной Я., 37 лет, электромеханик. В ЛОР-отделении находился с 1 ноября по 7 декабря 1973 г. с диагнозом хронический тонзиллит, хронический катар глотки.

Эмотивен, внушаем, чувствителен, любое недомогание вызывает тревогу, при болезни «не нахожу себе места».

10 ноября произведена тонзиллэктомия, операция прошла без осложнений. На операцию шел с тревогой из-за

боязни возможных последствий оперативного вмешательства. Спустя 8 дней после операции стал предъявлять жалобы на «неприятные ощущения за мягким нёбом». Считал, что во время врачебных манипуляций причинили травму, повредили заднюю стенку глотки, что осложнилось гнойным воспалением в глотке, этим объясняет боли в горле, приводящие к обморочному состоянию. Требуется сделать ему новокаиновую блокаду. Настроение снижено, утверждает, что из «миндалины» выделяется гной, ощущает, как из полости рта «пахнет гнилью». Обстоятелен, многословен, разубеждениям не поддается.

В процессе лечения стал более спокоен, уравновешен, жалоб не предъявляет, критически относится к своим прежним высказываниям и утверждениям.

В данном случае у акцентуированной личности неустойчивого (импульсивного) типа под влиянием тонзиллэктомии развилась относительно непродолжительная ипохондрическая реакция как один из вариантов рассмотренных нами патологических форм реагирования на соматическое заболевание. С другой стороны, наблюдаются больные, отличающиеся стеничностью, настойчивостью в проведении обследования и лечения, обстоятельным изложением своих жалоб, аффективной заряженностью соматических ощущений, чрезвычайной щепетильностью в отношении своего здоровья. Это ригидно-ипохондрический тип. Некоторое отличие его от

предыдущего типа реагирования заметно при анализе следующего наблюдения.

Больной Т., 22 лет, разнорабочий В урологическом отделении находился на лечении с 22.06 по 4.08. 1976 г по поводу конгестивного простатита

По характеру настойчив, целенаправлен, к своему здоровью чрезвычайно внимателен. Внушаем. С большим интересом всегда прислушивался к тому, что окружающие говорят о различных болезненных состояниях.

В 20-летнем возрасте оперировался по поводу аппендицита. Операция и послеоперационный период протекали нормально, без осложнений. В это же время услышал разговор больных в палате о том, что после операции могут наступать серьезные изменения в мочеполовой системе. Через непродолжительное время после выписки из больницы стала беспокоить тяжесть в паховых областях, появились выделения из мочеиспускательного канала, обычно после акта дефекации и мочеиспускания. В дальнейшем присоединились боли внизу живота и в области мошонки. Объективно обнаружены признаки простатита. Лечился амбулаторно, но без заметного эффекта. Состоянием здоровья был удручен. Не покидала мысль о непоправимых последствиях заболевания: «Я разлагаюсь, гнию, никогда не стану полноценным мужчиной». После каждого мочеиспускания проверял головку полового члена («есть ли выделения»). Перестал интересоваться семьей, работой.

В отделении настроение снижено, постоянно загружен ощущениями, исходящими из мочеполовой сферы. Себя считает безнадежно больным, «гниение продолжается, переходит в грудную клетку» Нстойчив и пунктуален в обследовании и лечении. Держится обособленно, за своим внешним видом не следит.

В процессе лечения состояние постепенно улучшалось, исчезли болезненные ощущения, появились элементы критики к прежним высказываниям и переживаниям. Выписан в состоянии значительного улучшения.

Это наблюдение представляет интерес в плане возможности развития ипохондрической реакции на почве соматического заболевания у акцентуированной личности, но уже не импульсивного, а ригидного (торпидного) типа).

Продолжительность ипохондрических реакций может колебаться в пределах нескольких часов, дней и недель. В отдельных случаях, при хроническом течении заболевания, ипохондрические проявления могут продолжаться годы, перерастая в ипохондрическое развитие. Ипохондрические представления могут выступать в виде ипохондрических опасений, доминирующих идей, сверхценных образований [Брагин Р. В., 1973]. На формирование ипохондрического варианта оказывают влияние следующие психологические компонент соматического заболевания: снижение профессионально-трудовой деятельности, гипертрофированная оценка расстройств, связанных с интимной стороной жизни.

Итак, в рассмотренных выше патологических вариантах реакций с гипертрофированной, искаженно утрированной переоценкой тяжести и значимости соматического заболевания отчетливо выступает доминирующая роль преморбидно-личностных особенностей. Формирование того или иного патологического варианта реагирования (депрессивного, фобического, истерического, ипохондрического) зависит от характера воздействия отдельных психологических компоненте соматического страдания (витального, трудового, этического, эстетического, интимного).

Наряду с указанными патологическими вариантами существуют психопатологические реакции, причине которых являются не личностные особенности, а характер заболевания. Это анозогнозический вариант, при котором больной не осознает факт болезни и поэтом ее отрицает. Чаше это наблюдается при тяжелых: опасных для жизни заболеваниях (опухолевая болезнь) туберкулез с выраженной интоксикацией и др.). Таки больные нередко игнорируют болезнь либо придаю значение менее тяжелым симптомам и лечатся от то болезни, которой сами придают значение [Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К., 1976]. В своем поведении они часто отличаются не столько сдержанность к сколько вялостью, снижением активности. В других случаях (преимущественно у психопатических личностей и при хроническом алкоголизме) отмечается своеобразное противоречие: придается значение малейшим соматическим нарушениям и не понимают симптомы

грозного заболевания. Эти больные обычно и нарушают режим, настаивают на выписке, активно подвижны, склонны к аффективным реакциям [Лакосина Н. Д., 1977].

При затяжном, хроническом течении соматического заболевания, при наличии соответствующих характерологических особенностей возможно патологическое развитие личности в виде астенического, обсессивного, ипохондрического, истерического типов. В их происхождении существенную роль играют механизмы реакции личности на сознание неполноценности и инвалидности, на изменение отношения со стороны окружающих, на социальную и сенсорную депривацию (слепота, глухота), врожденные аномалии [Ковалев В. В., 1972]. Такого рода больные уже нуждаются не только в консультации психиатра, но и лечении в психиатрическом отделении ввиду нарушения ими больничного режима и возможного совершения общественно опасных поступков (агрессивные действия, суицидальные тенденции). Возможность суицидальных тенденций, обусловленных соматонозогнозиями, на первый взгляд кажется парадоксальным явлением. Однако клинический опыт с достаточной убедительностью свидетельствует о суицидах соматических больных как варианте личностной реакции на заболевание. Существующие данные о частоте суицидов у соматических больных чрезвычайно разноречивы. Так, при опросе 380 чел., возвращенных к жизни после суицидальных попыток, в 10% случаев мотивами суицида явились болезни и боль [Zwingman,

1963]; по другим данным, из 111 суицидальных попыток лишь у 6 больных мотивом к ним послужили соматические болезни [Wiele, 1963]. Среди обследованных 65 больных реактивной депрессией с суицидными тенденциями мотивом к ним у 7 чел. являлись соматические страдания [Гинделевич К. Х., 1970]. У лиц пожилого возраста среди причин и мотивов суицидов значительное место отводится физическим болезням и страданиям [Sainbury, 1955]. В инволюционном периоде у женщин наблюдающаяся подчас пессимистическая, гиперболизационная оценка объективно существующих отклонений в здоровье может послужить мотивом суицидной настроенности [Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я., 1974]. В старческом возрасте сужение телесных возможностей рассматривается как мотив суицидных тенденций [Ringel, 1961].

Анализ причинно-следственной связи между соматонозогнозиями и суицидными проявлениями возможен лишь на основе использования результатов изучения общих закономерностей суицидов, как в клинико-психопатологическом, так и социально-психологическом аспектах. По степени выраженности суицидального риска, по стабильности суицидальных тенденций суициды принято делить на «острые» и «хронические». Следует подчеркнуть, что пресуицидальный статус может наблюдаться как у душевнобольных, так и психически здоровых.

При оценке суицидного замысла обоснованным считается выделение действительных, реальных стремлений

к лишению себя жизни. Сюда должны быть отнесены законченные самоубийства и покушения на самоубийство, когда человек остается в живых по не зависящим от него причинам. Довольно часто наблюдаются и так называемые псевдосуициды - демонстративные угрозы и попытки, направленные не на лишение себя жизни, а на изменение ее условий. В этом плане предлагается подразделение на суициды «для себя» и суициды «для других». Многочисленные разновидности ухода из жизни в предвидении болезни и уродства (нозофобические суициды), наказания, одиночества и др. называют «суицид-бегство». Выделяют также «логические» суициды на почве разочарования и опустошенности. Генетическая связь суицидальных тенденций и отрицательных аффектов не вызывает сомнений, однако зависимость совершения суицида от интенсивности отрицательного аффекта далеко не всегда совпадает во времени, возможен «постаффективный» суицид [Амбрумова А. Г., Леви В., Л. 1974].

Частой причиной суицидов является, как известно, депрессия, которую в связи с этим называют синдромом самоубийства. Формированию же депрессии могут способствовать тяжелые соматические заболевания: язвенная болезнь с частыми обострениями, туберкулез легких, хронические гинекологические заболевания, нарушения деятельности эндокринной системы и др. Отличительная черта депрессий, в период которых совершается самоубийство,— это чаще всего их крат-

ковременность. Суицид в таких случаях приходит обычно в результате глубокой психологической переработки не столь уж длительной травмы.

Рассматривая проблему суицидов у соматических больных, следует отметить; что к депрессии близко примыкает ипохондрический синдром. Он обычно, как уже отмечалось, развивается после какого-либо заболевания с нарастанием тревоги по поводу здоровья, с переходом к убеждению в безнадежности своей болезни, например, у лиц, заболевших сифилисом и убежденных в его неизлечимости. Больных психопатического склада факт заражения сифилисом может приводить в отчаяние, особенно в первый момент. Так же реагируют лица с сифилофобией [Калашник Я. М., 1970].

Таким образом, суициды как одна из форм реагирования соматических больных находятся в определенной зависимости от их личностных особенностей. Преимущественно это сензитивные, тревожно-мнительные, тормозимые, эмоционально неустойчивые больные, а также акцентуированные, психопатические пациенты, лица с психопатоподобными состояниями и патологическим развитием по невротическому типу.

Сама соматическая болезнь также оказывает многогранное воздействие на возникновение суицидов. Так, длительная непереносимая, изнуряющая боль, тягостные переживания, связанные с наличием тяжелой, неизлечимой болезни, с угрозой для жизни, а также гипертрофированная оценка дефицитарных проявлений

могут в отдельных случаях предопределять возникновение суицидных тенденций.

Психологические сдвиги, свойственные той или иной стадии болезни, ее периоду, могут послужить в отдельных случаях мотивом суицида. Начальная стадия, особенно при остром течении болезни, сопровождающаяся достаточно выраженной психогенно-стрессовой ситуацией, у отдельных больных часто сопровождается гиперсоматозогнозией или же патологической формой личностного реагирования преимущественно депрессивной, реже фобической. А это может способствовать суицидной настроенности. С другой стороны, длительное хроническое течение тяжелого заболевания при безуспешности его лечения и при развитии патологических форм реагирования (преимущественно ипохондрическом варианте) порой обуславливает возникновение суицидных тенденций.

Личностные особенности и характер заболевания сами по себе в отдельности еще не являются обычно непосредственным побудительным мотивом суицида. Лишь одновременное воздействие суицидогенных факторов, их определенное сочетание нередко может привести к формированию суицидальных проявлений. Что же позволяет лечащему врачу заподозрить у больного суицидальный кризис? Какие особенности в его поведении и высказываниях должны насторожить врача? Другими словами, каковы критерии для распознавания суицидальных устремлений у соматических больных? Подозрительным в поведении больного следует считать

нарастающую замкнутость, отгороженность, снижение (утрату) интереса к родным, близким,¹ окружающим, безучастность к текущим событиям (перестают читать, смотреть телепередачи) или появление растерянности, тревоги, импульсивности.

В высказываниях больных обращает на себя внимание безнадежность своего состояния, безысходность, крах жизненных планов, загруженность этими переживаниями.

При контакте с больным удастся заметить заторможенность, вялость, гипомимию, монотонность речи либо элементы двигательного беспокойства (мечется, не находит себе места), негативизма, состояние внутренней напряженности, невнимания к своему виду и др. Суицид может подготавливаться скрытно, постепенно и явиться полной неожиданностью для окружающих - «логическая» форма суицида - или же суицид реализуется на фоне аффективного взрыва. Торпидный и взрывной варианты суицида чаще возникают на фоне адекватных психологических сдвигов (преимущественно при гиперсоматонозогнозиях) или у больных с психопатологическими формами реагирования.

Следовательно, суицидальные проявления у соматических больных находятся в непосредственной зависимости от структуры соматонозогнозий и характера психопатологических реакций. Это еще раз подчеркивает необходимость изучения психологии больного, внимательного наблюдения за его поведением, высказываниями, отношением к себе и окружающим. Таким образом,

создается возможность своевременного выявления суицидальной настроенности и принятия необходимых мер к предотвращению суицида.

Подводя итог изучению типологии соматозогнозий, следует подчеркнуть, что по своим механизмам они являются производными взаимодействия преморбидно-личностных особенностей больного, характера заболевания и ситуации, складывающейся в результате болезни. По своей структуре соматозогнозии как адекватный тип реагирования бывают в виде нормо-, гипер-, гипо- и диссоматозогнозий. При психопатологическом типе реагирования можно различать депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический и анозогностический варианты.

Все это, разумеется, имеет не только теоретический интерес, но и известное практическое значение.

Соложенкин В. В. Психологические основы врачебной деятельности. Учебное пособие. – М.: Планета детей, 1997. – 264 с. (с. 245-261)

Соложенкин В. В. Психология лечебного процесса и медицинской среды

Каждый вид лечения, построенный на любых биологических методах воздействия на человека, в том числе и с помощью различных аппаратов, обладает еще и своеобразным психологическим шлейфом; стало быть нет чисто биологической терапии, и можно говорить, что любой вид терапии является методом психобиологического лечения,

поэтому попытка разделить терапию на биологическую и чисто психологическую не совсем адекватна.

Изучение психологических эффектов лекарственной терапии связано, прежде всего, с изучением плацебо-эффекта. Работы по плацебо (то есть с веществами, имитирующими формой, цветом и вкусом какие-то лекарственные вещества или виды лекарственной терапии), проведенные с помощью специальных клинических испытаний многих, применявшихся на протяжении столетий, лекарственных веществ, показали, что современная фармакопея во многом состоит из плацебо-веществ. Оказалось, что биологическое действие этих препаратов или ничтожно, или равно нулю, или дает противоположный ожиданиям врача эффект. Показательным является использование в истории медицины так называемого рога единорога. Как известно, в природе подобное существо не обнаружено, это геральдический или мифологический зверь, который не обитает на нашей планете. Показания для применения порошка из рога единорога были одинаковы в разных регионах - он назначался для восстановления кровопотери. Однако в качестве порошка из рога единорога врачами использовался в разных регионах порошок из бивня слона, моржового клыка или даже костей некоторых крупных животных. Это были разные по происхождению и по химическому составу вещества, которые применялись по одним и тем же показаниям, и у многих больных давали ожидаемые результаты.

Термин «плацебо» происходит от латинского слово «placebo» - «нравлюсь». В смысле этого термина уже заключено то, что эффект плацебо состоит в том, чтобы получить некие ожидаемые положительные результаты.

Интерес к изучению плацебо-эффекта препаратов возник в связи с разработкой методов клинического испытания препаратов и, прежде всего, препаратов, влияющих на психику человека, так называемых психотропных препаратов. Процедура исследования психотропных препаратов имеет резко отличный от других лекарств характер и проходит несколько этапов.

1. После того, как новый препарат пройдет испытание на животных и будет установлен его ожидаемый фармакологический эффект, гипотетически принимается, что этот препарат может быть применен для получения определенных состояний человека. На первом этапе проводятся испытания на выявление побочных эффектов действия этого препарата на добровольцах, а затем на не большой группе больных с тем заболеванием, для которого предназначен этот препарат.

2. Затем проводятся развернутые испытания. Они включают в себя несколько процедур. Создаются две группы больных: основная группа и контрольная. В основной группе больные получают испытываемый препарат, в контрольной — нет. Очень важно, чтобы контрольная и основная группы были очень близки по полу, возрасту, продолжительности заболевания, характеру патологии, стадии болезни. В некоторых исследованиях создавались

группы по принципу близнецов, то есть каждому больному из основной группы подыскивался как бы близнец в контрольной группе, человек приблизительно такого же возраста, пола, стадии заболевания.

Затем проводилось единичное испытание, когда часть пациентов получали плацебо, а часть пациентов лекарство; например, в контрольной группе пациенты получали плацебо, а в основной группе - лекарство. В этом случае врачу известно какой из больных что получил, но этого не знают сами больные (это так называемый слепой метод для снятия действия установки).

Плацебо, по возможности, должно совпадать видом, вкусом с лекарством, в него могут входить разные добавки, которые не имеют фармакологического эффекта, но имитируют некоторые побочные эффекты (например, сухость во рту), это делается для того, чтобы больные, находящиеся в одной палате не идентифицировали разные лекарства. Поэтому фирма, изготавливающая новый препарат, который будет проходить испытание, одновременно изготавливает и плацебо этого препарата, совпадающее с препаратом по внешнему виду и даже по вкусу.

3. На третьем этапе исследований устанавливаются определенные сроки приема этих лекарств. Имеют место два не совсем удачных варианта исследований. В одном из них пациент не знает, что он получает, во втором - пациент осведомлен о получаемом препарате. Оба метода недостаточно хороши, и врач находится в тупиковой ситуации, так как в первом случае возникают этические

возражения - люди без их согласия становятся подопытными, во втором, если пациент будет участвовать в этом эксперименте, то есть сознательно, то резко вырастает плацебо-эффект. Но существует еще и двойной слепой метод, когда даже врач не знает, что он дает пациенту: плацебо или лекарство. Только руководитель исследований осведомлен, кто из пациентов какой препарат принимает. Это делается для того, чтобы отношение врача к этому препарату не зависело от его субъективных оценок. Если врач, особенно с определенными психологическими характеристиками, с повышенной эмоциональностью, оптимистично ориентирован на открытие нового препарата (который бы помогал в случаях, когда другие препараты малоэффективны), будет участвовать в этом испытании, то он начнет видеть те эффекты испытания, которых на самом деле нет. Особенно это касается таких препаратов, как психотропные, которые влияют на уровень настроения. В случае же, когда исследуется препарат, ориентированный на нормализацию сердечного ритма, который можно контролировать инструментально, врач не может вносить никаких своих субъективных поправок.

Двойной слепой метод тоже применяется в определенные контрольные сроки. Устанавливается, что если в течение двух-семи или пятнадцати дней препарат не оказывает воздействия, то испытание его у данного пациента должно быть прекращено, и назначаются более традиционные методы лечения.

При изучении действия психотропных препаратов в целях снижения возможной субъективности оценки состояния больных применяется метод оценочных шкал, предназначенный для измерения какого-то синдрома. Наиболее разработаны шкалы для оценки депрессии и тревоги. Кроме того, используются достаточно универсальные шкалы, оценивающие одновременно многие виды психопатологических нарушений. Имеется несколько вариантов оценочных шкал: шкалы самооценки, когда пациент должен оценить характер своих субъективных ощущений, шкалы экспертной оценки, когда врач оценивает состояние пациента и шкалы для среднего медперсонала, которые, в основном, основываются на поведении пациентов в стационаре.

Применение оценочных шкал также позволяет придать исследованию большую корректность и строгость, сделать его более универсальным и воспроизводимым, когда можно сравнить результаты испытаний, проведенных в разных клиниках, но с помощью одной и той же оценочной шкалы.

Не стоит думать, что существует только положительный плацебо-эффект. Возможен и негативный плацебо-эффект, особенно часто возникающий у тех пациентов, у которых имеется феномен сопротивления. Если врач работает с пациентом с выраженным феноменом сопротивления, например, при выраженной нозофобии, то чем активнее врач рассказывает об эффективности этого препарата, чем больше дает информации о том, сколько больных с аналогичными состояниями поправилось, тем больше вероят-

ность получения негативного плацебо-эффекта, который иногда бывает сильнее самых мощных фармакологических эффектов. Например, у больных с выраженным феноменом сопротивления возникают парадоксальные реакции типа псевдоаллергических на препараты, предназначенные для лечения именно аллергии.

В возникновении плацебо-эффекта участвуют как условно-рефлекторные факторы, так и эффект конформизма, эффект социальной установки. Предполагается (что доказано исследованиями Бишера), что выраженная плацебо-реактивность наблюдается у 35,2% людей. Примерно треть человечества — это плацебо-реакторы. Плацебо-эффекты бывают столь невероятно похожи на действие лекарства, что описаны случаи возникновения привыкания к плацебо и реакции типа абстиненции у больных шизофренией. Примером служит клиническое наблюдение, когда больной, с целью отучить ее от приема нейролептиков, давали плацебо миллерила в виде капсул-пустышек. Больная принимала их в течение года, затем это плацебо было отменено, и возникла реакция, напоминающая реакцию синдрома отмены с последующим обострением симптоматики. При этом необходимо отметить, что это произошло в случае эндогенного, а не невротического заболевания.

Плацебо-эффект становится более выраженным, если врач четко описывает ощущения, обычно возникающие при приеме препарата, который имитирует плацебо. В исследовании автора книги плацебо двух видов было предложено здоровым людям - студентам: капсулы красные и

белые, которые содержали мел. Было сообщено, что проводятся клинические испытания двух препаратов, одного стимулирующего, другого транквилизирующего деятельность. Было получено согласие участников на этот эксперимент. Они должны были сами для себя решить, в какой капсуле - транквилизатор, а в какой - стимулятор. Их предупредили, что если они даже заснут, испытывая препараты, то их доставят домой, что у них может измениться частота пульса, дыхание может стать более частым, подняться артериальное давление, они могут почувствовать прилив сил и бодрости, и, может быть, даже раздражение и агрессию. Практически у всех участников эксперимента были резко выражены реакции плацебо, в зависимости от того, кто как определил плацебо. Красные плацебо студенты приняли за стимуляторы, а белые - за транквилизаторы (они имели право обсуждать это). У некоторых пульс достигал 180 ударов в минуту, довольно резко повышалось давление, некоторые говорили, что они не могут справиться с чувством тревоги и беспокойства, а те, кто принял «транквилизатор» зевали, жаловались, что не могут сосредоточиться, и двое из них легли спать. Самое интересное, что это занятие было посвящено эффектам плацебо! Испытуемые знали, что возможно применение плацебо и некоторые говорили: «А, Вы на нас испытываете плацебо!», - но это не мешало им засыпать или иметь пульс 180 ударов в минуту.

Кроме плацебо-эффекта при клиническом испытании выделяют так называемый мильо-эффект - терапевтический эффект лечебной среды, атмосферы лечебного учреждения.

Если в этом отделении тишина, спокойствие, комфорт, нежные, эмпатийные и ласковые медицинские сестры, понимающие умные врачи, атмосфера, способствующая терапевтическому альянсу, возникает мильо-эффект. Тогда больные говорят, что им помогают стены больницы. В принципе, любое лечебное учреждение должно стремиться к созданию максимального мильо-эффекта для того, чтобы облегчить работу врачей.

Информирование больных о болезни

Это весьма трудная проблема для врача. В предыдущих главах говорилось о том, что взаимодействие людей подвержено влиянию многих факторов и на коммуникативные процессы эти факторы оказывают довольно заметное искажающее воздействие. Эффект установок связан со страхами и тревогой пациентов, с их опасениями выявления тяжелого заболевания. Например, больной испытывает страх, что у него тяжелое заболевание сердца, и врач произносит, обследовав этого пациента, следующую фразу: «Вы знаете, у Вас нет собственно сердечного заболевания, боли в области сердца связаны с неврозом». Больной не очень хорошо знает, что такое невроз, и не знает насколько эта боль угрожающая. И тогда он задает еще один вопрос врачу: «Но почему же эти боли такие сильные?» Тогда врач отвечает: «Потому что у Вас выраженный довольно запущенный тяжелый невроз». Больной выходит из кабинета врача с идеей, что ему поставили диагноз тяжелого заболевания. Пациент вычленил из информации врача следующую вещь: он убрал понятие «невроз» и выделил слово «тяжелый». Он не воспринял

информацию о том, что у него здоровое сердце, а понял, что это тяжелое заболевание угрожает его жизни так же, как и больное сердце, а может быть и больше.

Надо учитывать, что на реакцию больного оказывает влияние не только страх и тревога, а еще и чувство вины при наличии нозофиилии. В таком случае, больной из информации врача начинает выбирать то, что для него важно, на что он ориентирован. И это касается не только информирования больных, но и бесед с их родственниками. Врач часто оказывается в ситуации, когда родственники пациента находятся между собой в достаточно трудных отношениях. Родители мужа и родители жены находились в сложных отношениях, когда в семье их детей заболел ребенок, причем заболел тяжелым психическим заболеванием. Пациентом становится ребенок, а в качестве родственников выступают эти две, практически враждующие, семьи. Каждая из этих семей занимает выраженную экстрапунитивную позицию, то есть виноват кто-то, и прежде всего, те, с кем у них конфликтные отношения. Каждая из этих семей считает, что брак их детей неудачен, что он ни к чему хорошему не привел. В качестве доказательства используется болезнь внука. И когда врача спрашивают: «Скажите, а причиной этого заболевания может быть наследственность?» - врач может ответить утвердительно о возможности «участия» наследственного фактора в заболевании. Однако врач добавляет, что нет еще строгой системы доказательств, и это нельзя считать установленным фактом, что врачи не знают, как происходит передача этого фактора риска - по

материнской или по отцовской линии, и два совершенно здоровых гена могут при сочетании дать такое заболевание. Но сомнений врача родственники уже не слышат, они услышали то, что хотели услышать, что это наследственное заболевание, в котором, конечно, «виноваты» другие родственники.

Они вспоминают, что тетушка отца ребенка отличалась некоторыми странностями и наблюдалась у врачей-психиатров. Значит, мало того, что это неудачный брак, получается, что отец ребенка с тяжелой наследственностью и он передал это ребенку. Так думает семья матери ребенка. Затем конфликтная ситуация переносится на врача: приходит разгневанная мать ребенка и говорит врачу, что он настроил родственников мужа против нее, чем осложнил и так непростую ситуацию. На вопрос врача о том, как же он настроил родственников, она отвечает, что он сообщил родственникам мужа, что причиной беды является его наследственность.

Неужели, чтобы избежать таких случаев, врачу необходимо каждый раз вести диктофонную запись всех бесед с пациентом и его родственниками, и предъявлять потом эту запись при возникновении разногласий? Это не реалистично. Как правило, врач начинает заниматься самооправданием, что, мол, он не то говорил, он другое имел в виду. В глазах родственников пациента этот врач становится человеком плохо справляющимся со своими врачебными обязанностями, порой врагом этой семьи. Потом родственники могут прийти к

согласию, а врач так и останется в ореоле человека непорядочного, вызывающего конфликты и ссоры.

Если при сборе анамнеза, расспросе больного, установлении диагноза, для врача имеет основное значение невербальная информация, то для пациента, когда ему сообщают информацию о его болезни, основную роль играет вербальная информация. Это как раз тот редкий случай, когда вербальные признаки начинают доминировать над невербальными, но и вербальные тоже сильно искажаются. Получается что-то вроде детской игры в «испорченный телефон». А если еще сюда привлечь и невербальные компоненты, то может получиться полное непонимание. Например, сказав пациенту о том, что у него нет серьезного заболевания, врач имел озабоченное лицо в силу своих причин. В сочетании с тем, что больной боялся услышать от врача, это хмурое выражение лица означает одно: он неизлечимо болен. Иногда врачи, получая обратную связь от своих пациентов, изумляются тому, как превратно пациенты понимают их слова и жесты. Врач может узнать, что он порекомендовал больному употреблять алкоголь, так как жена пациента, осведомляясь о странных методах лечения, сообщает о том, что муж совершенно легально начал пить, основываясь на врачебных рекомендациях. И тогда врач вспоминает, что больной задал ему вопрос: «Доктор, я слышал по радио, что алкоголь разжижает кровь, а Вы говорите, что у меня некоторое сгущение крови». А доктор ответил: «Да, небольшие дозы алкоголя действительно разжижают кровь». Из всего этого больной услышал только одно слово «да».

После чего он приходит домой с двумя бутылками водки, потому что в понимании больного это не очень большая доза, потому что большая доза - это, когда утром ничего не помнишь. Кроме того, он взялся разжижать кровь, и если ее разжижать, то как следует. И когда этот пациент снова придет к врачу, он совершенно искренне будет утверждать, что доктор в прошлый раз посоветовал ему лечиться алкоголем. Речь идет не о том, что слова доктора сознательно искажены, а о том, что работают механизмы психологической защиты, функционирует эффект установки, эффекты социального восприятия, и информация искажается. Поэтому сообщение о болезни пациенту - это целое искусство, в котором, однако, есть правила, которые были нами описаны в предыдущих главах: об особенностях репрезентативных систем, ориентации на эффекты и феномены восприятия и многое другое. Перепроверка восприятия информации больным, то есть обратная связь, крайне важна. Все это должно врачом учитываться.

Очень важна для больных информация о том, как и чем их будут лечить. Врач должен достаточно популярно, и в то же время полно рассказать об основных механизмах действия, но приемлемо для картины мира пациента. Малообразованному человеку не стоит говорить об антагонистах кальция, у него может возникнуть ужас от того, что все это творится в его организме. Необходимо информировать о возможных побочных эффектах лекарств и о намерениях врача в отношении продолжительности терапии. Затем, следует получить обратную связь, потому что врач должен убедиться в

том, что его информация воспринята не в искаженном виде, хотя бы за счет перцептивной защиты. Автору книги приходилось наблюдать ситуацию, в которой назначение врачом приема валокордина больной воспринял так: «Мне назначили вермут». За счет перцептивной защиты вместо слова «валокордин» он «услышал» знакомое слово «вермут». Больной решил, что врач хороший человек и с пониманием относится к его проблемам - назначил то, что нужно. И только из разговора с другими больными выяснилось, что врач назначил не вермут. Ситуацию прояснил вопрос, заданный пациентом: «Но все-таки не мало ли тридцать капель? Может все-таки ошиблись, может тридцать грамм?» Эта ситуация, которая может казаться даже анекдотической, а может отражать еще одну проблему больного (алкогольную), является классическим примером искажения переданной врачом информации. Получение обратной связи в этом случае является необходимым. Гораздо труднее обстоит дело в тех клинических случаях, где речь идет о тяжелых или практически неизлечимых состояниях, ведущих к смерти. Здесь принципы поведения, предписываемые разными медицинскими школами, различны: некоторые только не поощряют, иные рекомендуют врачу не сообщать полную информацию пациенту о диагнозе его заболевания, о примерной, на взгляд врача, продолжительности жизни и о том, как будет протекать заболевание. Такая ситуация чаще всего встречается в онкологии. Советские дионтологические принципы строились на том, что больным не следует давать полную информацию. Это в части случаев представляется

достаточно разумным. Например, врач имеет дело с очень ипохондричным пациентом, склонным к тяжелым депрессивным реакциям; выданная ему четкая информация о продолжительности его жизни может только вызвать тяжелую депрессивную реакцию и ухудшить течение заболевания, сокращая срок жизни. Но такой подход имел недостатки: пациенты довольно легко узнавали о том, что врачи скрывают информацию об опасности их заболевания или о возможном смертельном исходе. Это привело к тому, что возникла значительная популяция населения, считающая, что врачи никогда не говорят правду. Даже в тех случаях, когда врач дает четкую однозначную информацию, ничего не утаивая, пациент предполагает, что и здесь речь идет о спасительной лжи. Тогда врач может услышать фразу: Доктор, я предпочитаю самые плохие известия, но правдивые». Однако не всегда так, далеко не все пациенты хотят знать правду.

Выбор до какого уровня будет выдана пациенту информация о его состоянии должен строиться не на вербальных высказываниях пациента, а на понимании его личности. Врачу необходимо каждый раз проверять, не является ли фраза о том, что клиент хочет знать правду, по внутреннему контексту фразой другого типа: «Доктор, не говорите мне правду, мне хотелось бы остаться в неведении». С другой стороны, эта фраза о правде сообщает врачу о том, что его ответ после этих слов, будет обязательно принят больным доверительно. Врача как бы приглашают успокоить пациента ложью, которую тот готов принять за правду.

Поэтому необходимо учитывать не слова пациента, а привычный стереотип его реагирования в трудной ситуации.

Очень трудная проблема возникает в связи с информацией о болезни в психиатрии. Многие хронические психические заболевания у большинства больных не вызывают стремлений узнать диагноз. Скорее возникает вопрос: «А сколько я буду находиться в этой больнице?» Ответ типа - «столько, сколько нужно» - не годится, потому что он означает для больного — «сколько захочу, столько и продержу тебя здесь». Это воспринимается больным как насилие, тирания, деспотизм. Естественно, что после этого контакт врача и данного больного будет типа узник-тюремщик. Поэтому желательно врачу обсуждать те симптомы, которые сам пациент не склонен отвергать, например, чувство страха, бессонница, головные боли, раздражительность, чувство тревоги. Это, как правило, принимается пациентом.

Труднее обстоит дело с сообщением диагноза родственникам. Законодательство четко не определяет вопросы: кому можно сообщать диагноз, а кому нельзя. Вроде бы, родственникам можно что-то знать, а посторонним - нельзя. Но приходит жена пациента, а врач очень мало знает о его отношениях с женой и, например, известие о диагнозе «шизофрения» необходимо этой женщине для того, чтобы получить право на более быстрый развод с мужем. И дальше этот диагноз начинает фигурировать в бракоразводном процессе, а врач оказывается тем человеком, который сообщил эту информацию постороннему человеку, потому что эта женщина перестала быть женой больного. Или другой

пример, жена действительно переживает и волнуется за состояние здоровья своего мужа, а ее мать и родственники категорически против этого брака. И, когда она плача сообщает том, что у мужа тяжелое заболевание - шизофрения, то родственники оповещают всех об этом, кого только можно. Врач оказывается человеком, сообщившим ту информацию, которую разглашать не рекомендовалось. Поэтому, в тех случаях, когда эти ситуации не отражены законодательством, врач принимает решение индивидуально каждый раз по каждому данному случаю, учитывая индивидуальные реакции конкретных людей.

Также трудно в психиатрии сообщать информацию о лекарствах, потому что психотропные средства - это препараты, действие которых довольно сложно объяснить неспециалисту. Поэтому здесь следует говорить о каких-то самых основных положениях, сопряженных с теми симптомами, которые врач и больной совместно включили в контракт на право их лечения. Например, пациент согласился, что он испытывает тревогу. Врач назначает препарат, фармакологический эффект которого включает и снятие тревоги, правда, кроме того, он оказывает действие, направленное на снятие галлюцинаций, разрушение бреда. Но врач сообщает только то, что этот препарат будет снимать тревогу. Больного не обманывают. Ему просто выдают дозированную информацию, которая необходима на этом этапе.

Есть некоторые психотерапевтические направления, например, трансактный анализ, позволяющие пациенту

знакомиться с записями о себе. Предполагается такого рода запись, которая сделана и квалифицированно, и в то же время понятна для больного, то есть не вызывает недоумения. В ней нет места выражениям, которые не являются медицинскими, но нередко используются врачами в устной речи: «больной лжив», «больной откровенно злобен». Такого рода практика очень дисциплинирует врача и делает его более глубоким, когда он знает, что больной увидит все, что он о нем записал. Конечно, это не касается больных с психозами и онкологических больных.

Если коротко сформулировать задачи информации, сообщаемой пациенту, то они будут звучать так. Необходимо: 1) уменьшить уровень аффективных расстройств - тревоги, страха, чувства неуверенности, неопределенности; 2) обеспечить, по возможности, адаптивный тип взаимодействия с болезнью и добиться или установления терапевтического альянса, или предпосылок для него.

Не существует четкого и жесткого алгоритма взаимодействия врача и пациента в такой ситуации. Этот раздел из дискуссии на тему: «Что такое медицина - наука или искусство?» Можно ответить, что медицина - это искусство, которое стало профессией. Это искусство, которое построено не столько на интуиции, сколько на сочетании профессиональных знаний и свойствах личности врача. На этом примере выясняется, что мир не строится по принципу альтернативы, мир сочетает в себе все, как медицина сочетает в себе и науку, и искусство. Поэтому эти вопросы «или- или» не корректны в своей постановке, ибо они касаются слож-

ностей мира и часто оборачиваются вместо «или-или» ответом «и то - и другое».

Индивидуальный подход врача во благо больного в каждом отдельном случае является творчеством его личности, а творчество и искусство - категории довольно близкие.

Шустов Д. И. Учебное пособие по медицинской психологии (Психотерапия в практике врача). - Рязань, 1996. - 207 с. (15-43 с.)

Шустов Д. И. Личность и болезнь

Внутренняя картина болезни

На одной из многочисленных терапевтических сессий (сеансов) врач, чувствуя, что благотворительная психотерапия двадцатилетнего психотика-инвалида зашла в тупик, сделал молодому человеку "неочевидное" предложение. Он предложил ему устроиться на работу, чтобы платить за свое лечение. Секундой позже, клиент воскликнул со свойственной его диагнозу гениальной непосредственностью: "Да, но если я буду работать, это будет означать, что я выздоровел. Зачем мне тогда лечиться?".

Анализируя высказывание пациента, врач понял природу тупика. До последнего времени и врач и пациент делали вид, что стремятся к одному и тому же результату, тогда как результат их встреч каждый видел по-своему. Врач полагал под РЕЗУЛЬТАТОМ социальную реабилитацию пациента, он считал, что работать и платить за лечение его пациент смог бы, что само по себе было бы

успехом. Кроме того, плата за лечение могла бы сделать пациента более ответственным за РЕЗУЛЬТАТ (Результат в представлении врача) терапии. Он перестал бы пропускать сессии, оплачивая время, затраченное врачом на его ожидание, опаздывать, ссылаясь на нездоровье, стал бы прилежней выполнять домашние тренировки и проч.

Реакция клиента на слова врача была мгновенной, по типу инсайта - интеллектуального озарения. Соглашаясь на лечение, формально принимая условия врача, клиент под "способностью трудиться" полагал окончание терапии. Его мгновенная реакция была продиктована испугом, так как имея на руках официальный сертификат о нетрудоспособности и, не чураясь лейбла инвалида, постоянно лечась, он мог потерять ряд преимуществ своего положения, от которых не хотел отказываться. РЕЗУЛЬТАТ терапии для него был сам процесс терапии, который позволял ему: в полной мере быть "инвалидом" и реализовывать мнимые преимущества этого положения.

Теперь предположим, что существует некий третий человек наблюдатель, который бы сказал, что видение болезни у врача и пациента различно, что врач больше ориентирован на ВНЕШНЮЮ КАРТИНУ БОЛЕЗНИ или на картину болезни, выстроенную у него в голове, подтвержденную опытом других (коллег, учебников), а также всевозможными параклиническими методами исследования. У пациента же своя, ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ (ВКБ), повернутая к нам в этом примере своей глубинной мотивационной стороной.

Один из первых исследователей ВКБ Р.А.Лурия (1944, 1977) понимал под этим названием все то, "...что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм." Анализируя случаи иатрогенных болезней, когда пациент ощущает головокружение, боли и давление в груди после замечания рентгенолога о незначительном расширении аорты, Р.А.Лурия соглашается с Гольдшейдером (1896) о наличии в ВКБ сензитивной ("субъективные ощущения, исходящие из конкретного местного заболевания или патологического изменения общего состояния больного") и интеллектуальной ("...размышления о своей болезни, своем самочувствии и состоянии") частей. Понимание и учет ВКБ, согласно Лурии, должны были бы заставить врачей внимательнее относиться к субъективному миру пациентов, особенно в условиях все нарастающей агрессивности и популярности лабораторных и инструментальных методов исследования, эффективных в стадиях разгара и исхода заболевания, но не в доминирующий или ранний манифестный периоды. Второе, на что обращал внимание ученый, это своеобразный способ общения соматики и психики в рамках ВКБ; когда

неосторожное слово медика обращалось в реальный соматический феномен. Речь шла о психосоматике и психогенных (вследствие психической травмы) заболеваниях, их объяснительном механизме и профилактике.

Развитие взглядов на сенситивную и интеллектуальную части ВКБ шло параллельно разработкам теории личности в медицине, реакции личности на болезнь. Попробуем пояснить это. Реакции человека на стресс, болезнь, любую психогению (психическую травму) могут быть специфическими и неспецифическими. Неспецифические реакции, общие для всех людей, больше зависят от интенсивности внешнего по отношению к личности воздействия, времени экспозиции, а также от интенсивности протекания основных психических процессов в момент стресса (человек может проспать катастрофу и не подвергнуться психической травме как бодрствующие; или существуют наблюдения, что раны у победителей заживают быстрее, чем у побежденных). Наиболее яркой и известной неспецифической реакцией является "стресс" Г. Селье.

Специфические реакции зависят в большей степени от типа личности человека, эти реакции индивидуализированы и значительно в меньшей степени предсказуемы. Те основания и мотивации, которые есть у личности, чтобы организовать стрессор в болезнь именно данного органа, составляют предмет изучения психосоматической медицины, и их мы коснемся ниже.

Группой ученых Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева в результате многолетнего изучения и апробирования в клинике предложен личностный опросник, (тест ЛОББИ - Личностный Опросник Бехтеревского Института), диагностирующий специфические, личностно окрашенные типы отношения к болезни (М.Кабанов, А.Личко, В.Смирнов, 1983). Основные цели определения типов ВКБ - это диагностика экстремальных, а потому и опасных быть нераспознанными, типов ВКБ, их психологическая коррекция. Кроме того, простое знание этих типов и, следовательно, умение их определить будет ценным для понимания личности пациента и установления контакта с ним. Ниже приводим текст из ЛОБИ с нашими комментариями. После клинического описания типа ВКБ, мы предложим варианты его коррекции. Словосочетание "психологическая коррекция" здесь действительно уместно, поскольку эти рекомендации будут адресованы лечащим (своими специфическими методами) врачам - интуитивным, но не профессиональным, психотерапевтам.

А.Р.Лурия писал, что "... влияние врача на психику больного уже с первого момента психологического контакта обеих личностей представляет собой огромный терапевтический фактор и не только тогда, когда врач имеет ввиду проводить психотерапию, но, что особенно существенно и важно, даже и тогда, когда он этого не имеет ввиду делать и об этом не думает." С другой стороны нами будут рекомендованы некоторые

психотерапевтические методы, которые, по нашему мнению, могут "работать" и в руках непрофессионалов.

1. ГАРМОНИЧНЫЙ /Г/. Трезвая оценка своего состояния, без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем* активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тягота-, ми ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза (инвалидность) переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе (смерть) сосредоточение внимания и интересов на судьбе близких, своего дела. Всякий согласится, тип Г не нуждается в коррекции. Здесь, наверное, особенно важно не мешать излишним занудством больному реализовывать свою судьбу. Про таких больных в народе говорят: "Без болезни и здоровью не рад", а врачам, пытающимся "насильно милым быть", напоминают: "Не дал бог здоровья , не даст и лекарь".

2. ТРЕВОЖНЫЙ /Г/. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск "авторитетов". В отличие от ипохондриков, больше интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные

ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное и угнетенность следствие этой тревоги.

Первое, что приходит в информированную голову, обычно бывает правильным. Если человек беспокоится и тревожится его надо успокоить. Существует особый тип врачей, показанный таким больным. Это люди мягкие, большие и добрые. Они либо конституционально спокойные, либо это выученный и приобретенный опыт спокойствия в общении с пациентом. По теории Берна, это позитивный Питающий Родитель, который может успокоить взволнованного, напуганного внутреннего Ребенка пациента, тип Родителя, прекрасно понимающего, что "каждый больной страдает своей болезнью плюс страх" (Кричтон-Мюллер). Таким образом, первая группа методов - это сделать так, как если бы вы были матерью, а больной - вашим ребенком. При этом хороши и близкая дистанция (интимная, менее 45 см), и тихий, ласковый, но уверенный, голос, и физический контакт, безусловно, с согласия больного, можно погладить руку, приобнять пациента, а то и крепко прижать его к себе, удерживая, если он в панике. Совсем не обязательно при остром беспокойстве объяснять больному его симптомы и говорить: "Вот видите, ничего страшного." "Один легочный больной просит врача объяснить ему, в чем состоит его заболевание. Врач с готовностью показывает на рентгенограмме место небольшого инфильтрата, который, при

должном отдыхе и лечении, конечно, исчезнет. На следующий день больной появился снова и опять просит врача теперь уже серьезно объяснить ему, в чем, собственно, состоит его болезнь: "Может, у меня больны легкие?" (Харди). Конечно же, помимо успокаивающего тембра речи, можно использовать и некоторые вербальные психотерапевтические приемы, например, повтор последних слов в предложении больного, обращенного к вам, или переформулировать своими словами то, что говорит пациент (техника Карла-Роджерса). При этом вы сможете, не обидев пациента, избежать ненужных объяснений "инфильтрата в легком"; не прервав беседу, или, лучше сказать, монолог, вы дадите пациенту выговориться и отреагировать тревожный аффект. Повторяя слова больного, вы даете ему понять, что разделяете его беспокойство, понимаете его состояние и принимаете его самого как личность, что особенно важно, если исходить из того, что в генезе тревоги, как считал Фрейд лежит "накопление сексуального напряжения". Поэтому так важна, пусть и замещенная, символическая эмоциональная разрядка. Не будучи профессиональным психотерапевтом, лечащий врач может использовать приемы поведенческой психотерапии (Wolpe, 1958). Хороши приемы расслабления, иногда просто массажа-разминания напряженных мышц, а также контроль дыхания, сознательное урежение его, так как гипервентиляция с сопутствующими ей соматическими нарушениями, часто встречается при тревоге. Следует

помнить, что помимо психологических, существуют и фармакологические методы коррекции тревоги с помощью анксиолитиков (противотревожных) транквилизаторов.

3. ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ /И/. Сосредоточение на субъективных болезненных и: иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание мнимых болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур. В основе ипохондрии лежит навязчивый страх. Коррекция этого типа ВКБ во многом сходна с коррекцией obsессивно-фобического типа, где она и будет описана. Следует сказать, что самопонятие "ипохондрия" собирательное и простирается от так называемой "однодневной ипохондрии здоровых людей", "болезни студентов 3 курса", через невротическую ипохондрию к психотической (результат органического поражения головного мозга, шизофрении). Психический спектр проявлений ипохондрической болезни также разнообразен; от преходящих эмоциональных нарушений, до выраженных аффективных синдромов и нарушений поведенческой сферы, до нарушений в мышлении (при психотической ипохондрии очень часто актуальны "...не чувства, а мысли, т.е. они обозначают бред толкования происходящего внутри; ощущение не боли, а

сенестопатии или висцеральных галлюцинаций" (В.И.Григорьев)).

4. МЕЛАНХОЛИЧЕСКИЙ /М/. Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Подобный тип ВКБ встречается у людей с Пониженной самооценкой, выражающих пессимизм и беспомощность. Фактически депрессивный симптомокомплекс, сопровождающий соматическую болезнь, складывается из депрессивного переживания тоски и тяжести в области верхушки сердца (в отличие от аффекта тревоги, локализующегося за грудиной), а также заторможенности в двигательной и мыслительной сферах. Существуют по крайней мере три вида депрессии: эндогенная (связанная с конституционально-биологическими или глубинно-личностными особенностями, встречается при маниакально-депрессивном психозе, шизофрении, инволюционной патологии), экзогенная (вызванная внешними причинами, рассматриваемая как реакция личности на психо- или соматогению) и депрессия без депрессии или маскированная депрессия (Kielholz, 1973; А.К.Ануфриев, 1978), названная так из-за отсутствия аффекта тоски; выходящих на первый план соматических эквивалентов депрессии, чаще в области сердца и желудочно-кишечного тракта.

В плане коррекции нас интересует второй тип депрессии и ниже мы будем вести речь исключительно о нем. Депрессия - расстройство чувственной сферы и лечение этого расстройства эффективно при эмоциональной терапии, проводимой опытными психотерапевтами. Но мы остановимся здесь на, казалось бы, парадоксальных методах, доступных для применения врачей-интернистов, на методах бихевиоральной (behavior-поведение), когнитивной (от лат. *cognitio* познание), рационально-эмотивной (Ellis, 1962), психотерапевтических школ. Представитель бихевиорального направления Майкл Аргайль в известной у нас книге "Психология счастья" (1990) приводит изучавшийся список факторов, снижающих депрессию:

- ◆ смех;
- ◆ расслабленность;
- ◆ размышление о чем-либо хорошем, что может произойти в будущем;
- ◆ размышления о людях, к которым относишься с симпатией;
- ◆ наблюдение за красивым пейзажем;
- ◆ возможность дышать свежим воздухом;
- ◆ пребывание в состоянии умиротворения и спокойствия;
- ◆ возможность принимать солнечные ванны ;
- ◆ ощущение чистой одежды;
- ◆ наличие свободного времени;
- ◆ хороший сон по ночам (с другой стороны известен метод депривации лишения сна, широко

применяющийся в психиатрии для лечения

- ◆ преимущественно эндогенных депрессий - к сведению - Д.Ш.);

- ◆ прослушивание любимой музыки;
- ◆ улыбка;
- ◆ убежденность в благополучии семьи или друзей;
- ◆ чувство присутствия бога в жизни;
- ◆ наблюдение за дикими животными или пребывание в окружении домашних животных.

В ряду методов стимулирования положительных эмоций, которые могут использоваться и при лечении соматических депрессивных больных, Аргайль выделяет метод Велтена (1968), где пациентов просят читать сначала про себя, а затем вслух 50-60 утверждений типа: "Прекрасно! Я действительно хорошо себя чувствую!", "У меня поднялось настроение, я по-другому смотрю на вещи!" и попытаться настроиться на предлагаемое состояние. Комбинируют метод Велтена с показом пятиминутного комедийного фильма, с прослушиванием "бодрящей" музыки. При методе "приятных воспоминаний" больных можно попросить в течение 20 минут максимально подробно описывать какое-нибудь счастливое событие в их жизни, при этом эффект усиливается, если больные разбиты на пары или они делятся воспоминаниями со своими друзьями. Снижения уровня депрессии можно добиться, если стимулировать успешность выполнения больным какого-либо эксперимента или задания врача, а

также выработки у пациента навыков самоощущения. В транзактном анализе считается, что положительная ласка, данная самому себе, по физиологическому эффекту идентична комплименту со стороны другого человека.

Когнитивный подход к коррекции депрессивной ВКБ. Основатель рационально-эмотивного подхода в психотерапии Альберт Эллис (1994) считает, что "... депрессия и тревога возникают вследствие абсолютистского, своеобразно детерминированного мышления, которое возлагает на человека бессмысленные обязанности, необоснованные рационально, своего рода "must-урбации" (must от англ, должен). Врач при помощи суждений и аргументации может убедить пациента сознательно отказаться от выбранной им стратегии быть всегда под гнетом слова "должен". "А кто сказал, что вы должны все делать хорошо? Где это написано? Это что, закон природы?", спрашивает врач. - "Кто сказал, что вы не должны болеть и должны быть всегда здоровой? И какие у вас основания утверждать, что вы не поправитесь?" Здесь врач адресуется к разуму пациента, заставляя больного осознать иррациональность своих воззрений на ситуацию. На языке Транзакционного Анализа этот терапевтический подход называется ДЕКОНТАМИНАЦИЕЙ (от англ, decontamination обеззараживание) Взрослого эго-состояния личности. Вспомним пример с Джейн. Если бы отец Джейн постоянно утверждал: "Ты должна всегда быть первой, иначе ты будешь не о'кей!" и Взрослый Джейн приложил

бы все усилия, чтобы оправдать отцовские ожидания, что произошло бы с самой Джейн, ее пассажирами и машиной? В этом случае мы бы сказали, что в тот момент Взрослый Джейн был заражен ее Родителем, в котором хранилось это утверждение отца.

5. АПАТИЧЕСКИЙ /А/. Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

Нельзя путать этот тип ВКБ с апатическим симптомокомплексом следствием тяжелого поражения головного мозга в результате или черепно-мозговой травмы, или инсульта, или атрофического заболевания коры; а также с астеническим синдромом после острой стадии заболевания.

В основе этого типа ВКБ лежит пассивность, или полное игнорирование своих возможностей что-то сделать в данной ситуации, игнорирование самой возможности изменения ситуации, а также возможностей других, например, врачей или родственников как-то повлиять на ситуацию в лучшую сторону. Человек беспомощен, он не заканчивает предложений; если говорит, избегает смотреть в глаза других; молчит и не отвечает, когда к нему обращаются. Иногда этот вариант поведения как нельзя устраивает медицинский персонал отделения. Действительно, больной нетребовательный, бесконфликтный и

не мешает работать персоналу. Особенно этот вариант популярен в психиатрических отделениях.

Пример. Диагноз пациента "апато-абулический синдром" подтверждался соответствующим поведением ничегонеделания в течение десятка лет. Активность его проявлялась в приеме пищи и в не всегда удачном избегании побоев со стороны других больных. Видимо по недоразумению он продолжал получать "поддерживающую" дозу нейролептиков (аминазин). Психотерапевт отменил лекарства и стал разговаривать с пациентом по несколько часов в день. Сначала их взаимодействие было монологом и гласом вопиющего в пустыне врача, затем пациент был окружен вниманием со стороны студентов, проходивших у врача стажировку, он стал мягче и кроме сигареты стал брать специально принесенные ему продуктовые деликатесы: белый хлеб и колбасу. Случилось так, что все слышали его голос, разорванную и бессмысленную, казалось навсегда утраченную семь лет назад речь. Неделей позже он мог, словно бы украдкой, отвечать на простые вопросы, прорвавшие завесу бессмысленного бормотания. Потом он стал рассказывать сказку про серого волка и неожиданно тонко запел. Врач записал его песню на магнитофон. В отделении пациент стал более активен, но вместе с тем и более раздражителен в отношении ничего не подозревающего персонала и агрессивен к прежде его побивавшим "друзьям" по палате. С точки зрения его прежнего лечащего врача он стал расторможен и

возбужден, лишившись "успокаивающих" его на десятилетия нейролептиков. Вскоре психотерапевт перестал видаться с пациентом, ушел в отпуск, а когда вернулся, то застал его прежнего, получающего аминазин и "умиротворенного".

Коррекция апатического варианта ВКБ у пациентов без воли к жизни в глазах направлена на КОНФРОНТАЦИЮ пассивного поведения. Нужно терпеливо ожидать ответа на поставленный вопрос, нужно трижды подумать, прежде чем что-то сделать для пациента без его просьбы, пусть и для его же блага: нужно подумать, а не может ли это он сделать сам? Иногда полезно обратиться к эмоциям такого больного. Нелишне вызвать у него эмоции отрицательного спектра - более филогенетически древние, а потому и более стойкие: эмоции раздражения и гнева.

6. НЕВРАСТЕНИЧЕСКИЙ /Н/. Поведение по типу "раздражительной слабости". Вспышки раздражения при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем - раскаяние за беспокойство и несдержанность.

Будучи студентом, один из знакомых автора подвергся нападению неврастеника. Неврастеник был болен гриппом, он был слаб, обильно потел, вдобавок ко всему он должен был бежать на свидание к горячо любимой

девушке. У знакомого же на столе стоял включенный радиоприемник, который раздражал неврастеника и который тот пытался несколько раз выключить (этот знакомый был упорным и неуступчивым малым). В результате говорящий приемник был запущен в упорного. Актуализировавшись, неврастеник долго просил прощение.

Этот пример показывает, что человек с таким типом ВКБ, бывает растерян и информационно фрустрирован средой вокруг него и невозможностью для него сделать единственно возможный выбор (Но кто сказал, что он должен делать выбор?). Традиционный подход к такого рода пациентам включал в себя назначение седативных, а затем и стимулирующих препаратов. Все известные успокаивающие смеси и тинктуры (Краснушкина, леонури и проч.) традиционно прописывались именно для них. Психологическая коррекция может происходить в два этапа: обеспечение безопасного, не волнующего окружения с последующей целью седации (лечение сном, в том числе и гипнотическим) и последующее укрепление внутренних ресурсов личности, стимуляция уверенности в своих силах.

Обеспечение безопасного окружения носит название терапии средой (milieu therapy); впервые была предложена школой И.П.Павлова в виде лечебно-охранительного режима, введенного знаменитым ученым в психоневрологических учреждениях, лично им курируемых. Эта терапия имеет две цели: во-первых,

создать как можно больше положительных влияний, исходящих из среды, которые действовали бы на психику больного, и, во-вторых, устранить или до минимума ограничить отрицательные влияния, нарушающие гармонические функции нервной системы (Р.Конечный, М. Боухал, 1983).

Стимуляция уверенности в своих силах может осуществляться врачом в виде "назначения" и дачи условных и безусловных знаков признания. Безусловные знаки признания относятся к самой личности пациента, например, когда врач говорит: "А Вы молодчина!" или "Мне приятно с Вами общаться, Вы эрудит и интересный человек!". Условные знаки признания относятся к поощрению того, что человек сделал или как он это делает. Например: "Вы держитесь молодцом!" или "Сегодня на свидании я видел Ваших детей - прекрасные ребята!" Не бойтесь передозировать знаки признания, так как эта та вещь, которой всегда не хватает. Негативный побочный эффект комплиментов возникает при неискренности врача, его излишне авторитарной позиции или при наличии у врача психологического комплекса, выражающегося в неумении хвалить других (показатель этого смущение и чувство неловкости при общении с детьми). Тогда и возникают следующие перлы : "Вы молодчина, Вы хорошо еще держитесь при Вашем-то диагнозе!" или "Вы мужественный человек, не каждый бы перенес такую тяжелую операцию." И уж совсем

иатрогенная "похвала": "Как, Вы еще живы? Человечище!" (все высказывания принадлежат реальным врачам).

Интересен подход к сексуальным расстройствам, часто встречающимся у этой группы больных. При психогенной импотенции (чаще слабость эрекции или преждевременная эякуляция) используется метод условного "запрета". Чтобы создать безопасную обстановку и снять тревогу за могущее наступить очередное фиаско, больным "запрещают" использование интродукции (от лат. *irUroductio* - проникновение) при сексуальном общении на определенный срок. Как показывает практика, больные очень скоро с успехом нарушают этот запрет.

7. ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЙ /О/. Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных, но маловероятных, неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют больше, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

Обсессия - это навязчивость, фобия - страх. Термины, обозначающие человеческие чувства под именами "тревога" и "страх", имеют много общего. Страх более предметен и позитивен, так как помогает избежать неприятностей в будущем. Тревога, знакомое всем чувство, становится патологической при несоответствии переживаемой эмоции реальной опасности, где страх может выступать в роли сигнала тревоги об этом несоответствии (Ж.М.Шиньон, 1991).

Здесь мы будем говорить о фобическом или патологическом страхе, мнимый источник которого становится в психике человека реальным и объективным. При коррекции страха прежде всего обращают внимание на то, чтобы пациент не старался скрыть страх. Пациент имеет право проявлять страх, называть его и говорить о нем. Весьма ценным было наблюдение, что вербализуя (оречествляя) аффект, человек уже на этом этапе может освободиться от страха или значительно снизить его интенсивность (метод вербализации аффекта).

При навязчивостях пациент находится под гнетом овладевших им навязчивых представлений (см. рис.5), пытаясь их подавить. Он старается противодействовать им. Это противодействие, однако, лишь усиливает первоначальное давление. Круг опять замыкается, и пациент оказывается внутри этого порочного круга. В отличие от фобии, однако, "... характеризуется не бегством, а борьбой, борьбой с навязчивыми представлениями" (1990).

Второй принцип - это отказ от борьбы со страхом, тем паче бегства от него. Слово выдающемуся современному психотерапевту, отцу экзистенциального анализа и логотерапии (терапии поиском смысла) Виктору Франклу. Франкл пишет: "...некий симптом (см. рис.4) вызывает у пациента опасение, что он может повториться вновь, и вместе с этим возникает страх ожидания (фобия), который приводит к тому, что симптом действительно появляется снова, что лишь усиливает изначальные опасения

пациента. При известных условиях сам страх может оказаться тем, повторения чего пациент боится... Как же мотивируют они этот страх? Как правило, они боятся обморока, инфаркта или апоплексического удара. А как реагируют они на свой страх перед страхом? Бегством. Например, они стараются не выходить из дома" (1990). Далее Франкл предлагает технику терапии страха и навязчивостей, названную им "парадоксальной интенцией"; "определив парадоксальную интенцию следующим образом: от пациента требуется, чтобы он захотел осуществления того (при фобии) или соответственно сам осуществил то (при неврозе навязчивых состояний), чего он так опасается". Причем парадоксальное намерение должно быть осуществлено в возможно большей юмористической форме, советует Франкл. Так, пациентке, боящейся, что она не заснет без снотворных, врач советует "для разнообразия провести одну ночь без сна" или пациенту со страхом запотеть перед аудиторией - "показать этим молокососам, как потеют настоящие мужчины и выделить перед ними литр пота". Другому пациенту со страхом смерти предлагают сесть, настроиться соответствующим образом и попробовать ... умереть, тем более что в больнице всегда найдется кому оказать ему помощь. При такой постановке вопроса и разрываются порочные круги.

В бихевиоральной психотерапии существует также большое количество методов терапии страха, например метод десенсибилизации или понижения чувствительности

(Wolpe, 1958) к страху путем переживания и представления фобогенных ситуаций, или использование отрицательного подкрепления ударом электрического тока в моменты фобических переживаний в различных вариациях (см. В.Е.Рожнов, 1979 или обзор Ж.М.Шиньон, 1992). Однако эти методы должны применяться в специализированных условиях психотерапевтических стационаров или отделений.

8. СЕНСИТИВНЫЙ /С/. Чрезмерная озабоченность о возможном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине или природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с болезнью.

Многим врачам симпатична подобная категория больных. При этом медики занимают родительски опекающую позицию относительно этих больных, примерно как в пословице: "Чем нездоров? А вот, батюшка, чем скажете" (В.Даль, 1957). Между тем, болезнь актуализирует у такого рода личностей чувство собственной неполноценности и уязвимое самолюбие, которые при покровительственном подходе стимулируются и углубляются.

Чувство неполноценности при одновременном стремлении к превосходству сделал сердцевиной своей

"индивидуальной психологии" ученик Фрейда австрийский психотерапевт Альфред Адлер (1870-1937). Он считал, что из-за дефекта в развитии телесных органов дефектов опорно-двигательного аппарата (горб), заикания, "леворукости", пороков развития внутренних органов (сердца, пищеварительного тракта и проч.), или из-за неблагоприятных социальных условий в детстве, у человека появляется чувство неполноценности, для преодоления которого он прибегает к различным формам компенсации. Компенсация, даже гиперкомпенсация, позволяют человеку занять свою социальную нишу и быть уверенным в своем психическом пространстве. "Новая" болезнь дезадаптирует человека, срывая механизмы компенсации, обостряет чувство собственной неполноценности, проявляющейся в униженности, застенчивости и рефлексии.

Психотерапевтический метод Адлера состоял в интуитивном погружении во внутренний мир пациента и вскрытии внутреннего плана его жизни, остальное (изменение, если необходимо) становилось делом рук самого больного, где "индивид художник своей собственной личности... слабое, крайне способное на ошибки и несовершенное человеческое существо"(Адлер цит. по В.М.Лейбин, 1977).

Однако, лечащим врачам-интернистам ни в коем случае не рекомендуется "вскрывать внутренний план" видимой жизни пациента, а вышеприведенный экскурс в индивидуальную психологию служит лишь целям

ознакомления. И уже само это знание, по мнению автора, будучи воскрешенным у постели сенситивного пациента в просвещенной голове доктора, послужит тому защитой (станет чем-то вроде психического презерватива, надетого на врачебные авторитарные отростки).

Другим психотерапевтическим фактором при общении с такого рода больными могло бы стать заинтересованное в н и м а н и е Взрослого к личности больного, его словам и поступкам. Здесь надо переспрашивать больного: "Я Вас правильно понял?", или "Что Вы имели ввиду, когда сказали это?"

В терапии также нуждается "легкая", крайне застенчивая сензитивная ипохондрия. Все неясные моменты основного лечения должны быть обсуждены и все недомолвки и намеки прояснены.

9. ЭГОЦЕНТРИЧЕСКИЙ /Я/. "Уход в болезнь". Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требования исключительной заботы-все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном, разговоры окружающих быстро переводятся "на себя." В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только "конкурентов" и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, исключительность в отношении болезни. Истерическая ВКБ. Наибольшие трудности вызывает коррекция истерического поведения. Традиционно эти варианты поведения конфронтировались,

рекомендовалось "психологически отхлестать больного по щекам" или иронизировать: "Не всякая болезнь к смерти. Не могу, а ем по пирогу" (В. Даль, 1957). Сами клинически описания такого рода больных грешат весьма нелестными эпитетами : "... характер проявляется в крайней эмотивности, эгоцентризме, стремлении обратить на себя внимание любыми средствами...настойчив в домогательствах признания, в изображении себя несчастным при отказах или неудачах. Его манеры театральны, он склонен к фантазированию, лживости, его поведение нередко носит черты инфантильности, он капризен. Его интересы и привязанности изменчивы. Такие больные неуживчивы, обидчивы, легко вступают в конфликты, их суждения направляются аффектом, они поверхностны, но в то же время нередко отличаются меткой наблюдательностью в отношении недостатков окружающих, включая и врачей. Особенно типичным для истерического характера считается "бегство в болезнь" от трудностей жизни, "приятность" или "желательность болезни", стремление извлечь из нее выгоду. Но наряду с "бегством в болезнь" у страдающих истерией может существовать и стремление к выздоровлению" (Р.А.Зачепацкий, 1979).

Истерические личности эмоционально тонки и хамелеоничны, то есть, под чужим взглядом они становятся такими, какими их хотят видеть; они бывают очень послушными детьми.

Чтобы подтвердить этот тезис приведем выдержку из описания другого терапевта: "В своем недавнем интервью я общался с молодой истеричной женщиной. Я был поражен тем, какой привлекательной, восхитительной, милой и эмоциональной она была" (P.Ware, 1983).

Естественно, подобные полярные подходы рождают и различные типы коррекции. Многие утверждают, что истеричным пациентам больше нравятся врачи с подобными же чертами характера, особенно эмоциональными чертами, они им более доверяют. Поль Ва, которого я цитировал, считает, что при терапии истеричных личностей важно установить с ними эмоциональный контакт, дать понять им, что их чувства принимаются терапевтом. Первый же цитированный мной автор предупреждает, что "мужчине-врачу, лечащему пациентку, не следует давать повода к встречающемуся изредка со стороны истеричных психопатов ложному обвинению его, например, в попытке к соблазнению или к насилию"(с.348). Затем, продолжает Ва (1983), необходимо пригласить истерика к изменению через его мыслительный процесс, пригласить пациента думать и рассуждать о своем состоянии, при этом в конце концов можно наблюдать и долгожданные изменения в поведении. Показателями таких изменений могут стать способность врача взаимодействовать с пациентом как требовательный и справедливый учитель и способность пациента позволить ему делать это. Показателем поведенческих изменений в этот период будет и принятая пациентом врачебная

конфронтация, а также "нарочитое игнорирование" демонстрируемой истерической симптоматики.

Особенно ценна для пациента и врача способность последнего быть прозрачным для истерического пациента, то есть пропускать, не задерживая, через себя враждебные и ироничные эмоции пациента. Вместе с этим, удача терапии в случаях истерической ВКБ будет зависеть и от умения терапевта ставить рамки - то есть, профессионально информировать пациента о пределах своей компетентности. Следует помнить, что при искренней заинтересованности и непредубежденности врача - истерические пациенты это благодарные пациенты, а их великодушный отказ от демонстрации симптоматики (каждый психотерапевт знает, от скольких выгод своего положения больного истерик при этом еще отказывается) во все времена служил мощным стимулом врачебного профессионального роста.

10. ЭЙФОРИЧЕСКИЙ /Ф/. Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что само все обойдется. Желание получить от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказаться на результатах лечения.

Первую группу больных с эйфорической ВКБ составляют больные с органическими поражениями головного мозга (в том числе и с поражением фронтальной части лобной доли головного мозга), а также

больные с заболеваниями внутренних органов, приводящими к гипоксии ткани мозга (заболевания сердца с недостаточностью кровообращения, болезни легких, например, туберкулез). Основная проблема, с которой сталкивается врач, это отсутствие критики к заболеванию со стороны пациента и игнорирование им серьезности своего положения. Психологическая коррекция возможна у пациентов с сохранным или неглубоким поражением интеллекта (до уровня легкой степени дебильности) и заключается в типично авторитарном подходе к пациенту с обязательным сохранением дистанции между врачом и больным. Эффективным методом может стать отказ от лечения или демонстрируемое пациенту снятие с себя ответственности за результаты лечения (естественно, в тех случаях, когда это возможно). Такой подход будет иметь и дифференциально-диагностическое значение: в случаях эйфорической ВКБ, в отличие от анозогностической разновидности ВКБ, можно будет наблюдать раскаяние за недостойное поведение и "возвращение блудного сына" в лоно стационарного патернализма (от лат. pater- отец).

Про вторую группу эйфорической ВКБ поэт сказал: "Остерегайся шутить в ущерб здравому смыслу" (Никола Буало). Эйфорический тип реагирования здесь может быть в виде компенсации страха и тревоги и не представлять трудности для диагностики наблюдательному врачу, если последний, сквозь иронию и незаразительный "смех висельника", увидит глаза больного. Могут быть отмечены

и свойственные страху вегетативные проявления. Задача врача позволить больному вербализировать свой страх и не бояться показывать его. Работа со страхом описана выше.

Сюда следует отнести и группу пациентов, описанных Эриком Берном, под названием людей, играющих в "Дурачка", словно бы говорящих: "Я смеюсь вместе с вами над своей глупостью и неуклюжестью". Цель подобного поведения вынудить врача назвать пациента дурачком или прореагировать таким образом, будто он считает его таковым. Этот стиль поведения сохранился с детства, ибо носитель его удовлетворял окружающих и они не требовали от него многого. Фактически, это пассивная оборонительная позиция, призванная защититься от необходимости что-то делать, пусть и себе на пользу, например, серьезно относиться к лечению. Если врач откажется играть в "Дурачка" и не будет смеяться над неловкостью и мазохистскими шутками пациента или бранить его за глупость, неуклюже пытаясь внушить тому уверенность в себе, то в большем - он может стать другом пациента, а в меньшем - приобрести так необходимое в этом случае доверие и авторитет.

11. АНОЗОГНОЗИЧЕСКИЙ /3/. Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание этих проявлений случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись "своими средствами". Как и

предыдущий тип ВКБ, тесно связан с одной из форм психологических защит отрицанием (очевидного). Отрицая наличие заболевания, или его важность, или частично признавая его, больной защищается от болезненных идей и чувств, а также от навязанной ему болезнью новой социальной роли например, инвалида, умирающего или алкоголика. В реальности подобный подход приводит иногда к прекрасным компенсаторным вариантам жизни. Так, "греторовские" (по имени автора, описавшего эту форму) шизофреники, или пьющие шизофреники, прекрасно адаптировались в роли алкоголиков, но не психотиков! Их издавна называют "веселыми пьяницами" (Крепелин). Причем пьющий шизофреник еще издали кричит, что он алкоголик, тогда как настоящий алкоголик предпочитает об этом умалчивать.

Сам термин "анозогнозии" (отрицание болезни) указывает в большей степени на полное игнорирование опасного стимула. Поэтому нозологические единицы, подлежащие игнорированию, достаточно суровы: онкологические заболевания, инфаркт миокарда, инсульт с тяжелыми последствиями, алкоголизм и др.

Что следует подвергать коррекции? В некоторых случаях следует коррегировать самого врача, который добивается у умирающего признания печального факта. В других случаях от авторитарной позиции врача зависит жизнь больного, когда врач запрещает вставать с кровати инфарктнику в первые часы после купирования болевого приступа (или больному с острым нарушением мозгового

кровообращения), и только по прошествии острого периода врач начинает работать с разумом пациента, предлагая последнему изменить прежний, доблезненный уровень и темп жизни.

Печально известна и алкогольная анозогнозия. Лечение алкоголизма бесперспективно у пациента с этим защитным феноменом, так как (а этот очевидный факт, увы, не понимают многие наркологи) невозможно вылечить небольшого (1). Согласно Полю Ва (1983) и Ван Джойнсу (1987), у зависимых личностей, к которым относятся алкоголики, область ЧУВСТВ наиболее доступна для контакта и установления доверительных отношений. От этой области терапия должна продвигаться к области МЫШЛЕНИЯ и осознания своей проблемы с целью заключения лечебного контракта для изменения ПОВЕДЕНИЯ алкоголика. Учитывая это, при работе с алкоголиками, мы начинаем с того, что разделяем с ним его страх за его жизнь и здоровье, намеренно гиперболизируя его опасения и последствия алкоголизации, а также опасность лечения, если он вдруг с л у ч а и н о, не дай бог, нарушит наше предписание "не пить!". Двигаясь в направлении мышления, мы приглашаем больного думать, взвесить все "за" и "против" и самому принять решение: стоит ли вообще лечиться (2), стоит ли лечиться данным методом? Обсуждая все плюсы и минусы терапии, потери и приобретения больного в связи с лечением, находясь вместе с клиентом во Взрослом эго-сос-юнии личности, мы заключаем письменный контракт на изменение поведения

и проводим заключительный сеанс в любой, известной в наркологии форме (это бывает, порой, не важно).

12. ЭРГОПАТИЧЕСКИЙ /Р/. "Уход от болезни в работу". Даже при тяжелой болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, еще большим рвением, чем до болезни. Работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаются обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

Работоголический тип ВКБ в настоящее время очень популярный, но мало разработанный подход. Р-тип видится в двух вариантах.

Первый достаточно типичный вариант, в своей основе сходный с анозогностическим, где пациент не только отрицает, но и сублимирует напряжение и тревогу в бурную деятельность. Механизм психологической защиты по типу сублимации описан Фрейдом как отклонение энергии сексуальных влечений от их прямой цели удовольствия и продолжения рода и направление ее к несексуальным (социальным) целям, например, в творчество. По Фрейду, сублимация - это один из движущих человеческую эволюцию факторов, но при работоголизме, несмотря на его социальную приемлемость, приобретает некий нездоровый оттенок. Не следует забывать, что работоголический тип поведения появляется из личностной предрасположенности после заболевания, а до заболевания он встречается далеко не всегда. В этом случае психологическая коррекция должна быть направлена на нейтрализацию тревоги по поводу забо-

левания и, возможно, если признаки работоголизма были и прежде, перевод аффекта на какие-нибудь не противопоказанные основному заболеванию и не выглядящие жалкими виды деятельности. Эта работа больше в прерогативе социального работника, нежели психолога. Лишение работы, активная конфронтация желания трудиться (и из благих побуждений) может привести к другой крайности - неврозу. Хотя останется тогда только излечить невроз.

Второй вариант работоголического ВКБ связан с мазохистской ориентацией личности и постоянным ощущением своей вины. Говорят: "Мария Ивановна, да ведь нельзя столько работать, ты себя губишь, не жалеешь!" - "А кому я нужна!" -, отвечает, или совсем откровенно: "Скорее загнусь". В большинстве культур виновный или приговаривался к смерти, или отработывал свою вину "от звонка до звонка". Если бы виновных приговаривали к ничегонеделанию или любованию природой, не было бы этой формы работоголизма. Болезнь здесь существует параллельно с работой, и также неотъемлема от личности, как самоистязание. На первых этапах работы с таким больным, думается, можно было бы обратить его энергию актуального Родителя, преследующего самого себя, на цели своеобразной "опеки" терапевта. Тем самым, неприступный Родитель больного и контаминированный Взрослый могут уступить место и энергию Питающему и Поддерживающему Родителю. Врачу надо уметь быть в Ребенке (а это почти невозможно или неприемлемо для

большинства врачей) и уметь просить помощи у больного. Можно, например, попросить быть повнимательней к себе и стараться заметить как можно больше позитивных изменений в себе в результате терапии и рассказать о них, допустим, заведующему отделением. Если до конца быть Ребенком, то можно упросить этих больных вести дневник позитивных изменений. Признавая удачными любые попытки видеть мир и самих себя более позитивно, нежели негативно, врач похвалой и искренним восхищением может стимулировать новый для них опыт. Иными словами, можно пригласить их работать на излечение самих себя. Важность обучения позитивному мышлению понятна, если исходить из того, что любое подтверждение их негативного опыта ("все вокруг плохо") будет стимулировать вину и самоистязание. Существует целое направление позитивной психотерапии, полезной для работы с любым пациентом. Ниже мы публикуем таблицу из статьи видных представителей позитивной психотерапии братьев Носрата и Хамида Пезешкиан (1993), в которой видно, каким образом можно позитивно расценить самые мрачные и неприятные события.

13. ПАРАНОЙЯЛЬНЫЙ /П/. Уверенность, что болезнь-результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказания в связи с этим.

В отличие от сенситивных, эта группа больных считается традиционно самой неприятной в сфере медицинского сервиса. По жизни это фанатики, клеветники, патологически ревнивые супруги и сутяжные маньяки. Каждый человек встречался с людьми такого типа, и если врач вдруг определяет в новоприбывшем одного из "когорты достойных" параноиков, то в первые часы врач сам требует профессиональной психологической помощи. Если врач не получает таковой, то общаясь с пациентом с позиции априорной неприязни, он неминуемо попадает в "злоумышленники". Но параноики - это та часть больных, которую наиболее часто используют медицинские начальники всех мастей. Подозрительность параноических личностей можно назвать подозрительностью ближнего света, и поэтому они не могут высветить то, что обычно поджидает их вдали. Использование и манипулирование параноиками имеет благую для начальства цель - структурирование времени, но об этом в другой главе.

Во многих руководствах рекомендуется осторожный и ненавязчивый подход к таким больным, без чрезмерного проявления тепла. Вспомним: "Мисс?" и гневный ответ, как будто спрашивающий обязан знать все эти тонкости: "Нет, миссис!" И вот здесь, если вы не хотите продолжения конфликта, не надо оправдываться, тем паче иронизировать, надо извиниться с серьезным видом. Эти больные, в отличие, например, от работоголиков или депрессивных, ищут вину в окружающих и если не находят, то стараются ее приписать. Используя один из механизмов

психологической защиты - ПРОЕКЦИЮ, они приписывают окружающим поступки и мысли, неприемлемые для них самих.

Коррекционная работа с этими пациентами, успешность ее определяется так называемым открытым стилем (от слова открытость). Терапевт выступает как человек, не имеющий задних мыслей, без навязчивости всегда готовый откликнуться, с открытыми ладонями, которые надо время от времени показывать больному (но не защищаясь от него, естественно), и без использования закрытых поз (например, скрещенные на груди руки, поджатый рот, сутулость и проч.).

Другой принцип - это установление границ и рамок. Важно "отметить" свою территорию, свою способность или неспособность что-то сделать, пределы своей компетенции. Стремитесь обговаривать с пациентом каждый свой шаг в его лечении (ведь лечение все-таки его!), не бойтесь того, чтобы пациент разделил с вами ответственность за неудачу и радость за успех лечения.

Как считает Поль Ва (1983), при работе с параноиками важно двигаться от мышления к чувствам пациента очень мягко, прямым и открытым способом. Пациентка Поля тихо сидела "...и вкладывала значительное количество своей энергии в мышление. Моим первым шагом было пригласить ее поделиться своими мыслями вслух, а также поделиться своими отрицательными чувствами, которые она испытывала, для того, чтобы мы могли связаться с ними. Как только я погладил ее за ее ясное мышление, мой

котерапевт искусно вмешался и сказал : "Я представляю, что у тебя есть много чувств по отношению к Полю". ... Когда она начала плакать и посмотрела на меня, я направился к ней и уже установил контакт на эмоциональном уровне".

Система отношений, связанных с болезнью, может не укладываться ни в один из описанных типов. Речь может идти о смешанных типах, особенно близких по картине (тревожно-обсессивный, эйфорически-ано-зопюзический, сензитивно-эргопатический и др.). Иногда система отношений может не сложиться в единый паттерн, тогда ни один из перечисленных типов не может быть диагностирован, и черты многих или всех типов бывают представлены более или менее равномерно.

Методика и техника выполнения теста ЛОБИ будут даны в приложениях.

"Выгоды" болезни или мотивационный аспект ВКБ (откуда начинается психосоматика)

Изучая интеллектуальную часть ВКБ, мы говорили о специфических реакциях личности на болезнь. Но это один пласт, или верхний срез с того, что называется соединением личности с болезнью. Сам термин "реакция" говорит о том, что некий стимул, в данном случае абстрактная болезнь, преломляясь в верхних слоях психического эфира индивида, на выходе выдает один из тринадцати специфических ответов (по ЛОБИ). Если подвергать эти неправильные ответы психологической коррекции, то можно установить некое равновесие между болезнью (стимулом) и правильным ее пониманием и к ней отношением

(гармоничное ВКБ). Что это даст? Это будет способствовать быстрому и эффективному биологическому лечению лекарственному, оперативному или физиотерапевтическому. Это традиционный медицинский подход, который своей понятностью отличается от какого-либо иного подхода.

Некоторых людей такой подход не устраивал. Эти люди испокон веку были странные и искали не в тех местах, где обретали истину другие. Они задавались вопросом: почему одни болеют язвой желудка, а другие страдают от почечуя, почему одни в своей жизни ни разу не ударились головой, а другие это делают с завидной регулярностью? По-другому, этот вопрос мог бы звучать так: "Почему стимул (абстрактная болезнь) вообще нашел конкретную личность и был ею ассимилирован так, что на выходе человечество имеет бесчисленное множество конкретных болезней?" Это и есть мотивационный подход. Он составляет мотивационную часть ВКБ: какая мотивация, потребность или желание лежит в основе того или иного заболевания, для чего личности понадобилось реализовать внешний или внутренний стимул в болезнь.

Что даст установление мотивации, мотивационной структуры ВКБ? При установлении, а затем и коррекции мотивационной картины болезни, происходит некое изменение в психической сфере человека, направленное на устранение соматического симптома и, что особенно важно, на создание препятствия (или нивелировки условий) для новой реализации личностью подобных стимулов в

болезнь. Причем, это изменение достигается не биологической терапией, а психотерапией. Чем отличаются они друг от друга? По Берну - "Психотерапия похожа на хирургию: прежде чем осуществить решающую операцию, пациента необходимо тщательно подготовить. Разница заключается в том, что в психотерапии подготовка может занять гораздо больше времени, чем операция"(1994). И естественно, в отличие от традиционного, этот подход непонятен большинству, занятому разработкой линий "препарат-синдром-мишень" в соматике и "стимул-реакция" в психологии. Тем, кто не сталкивался с мотивационными закономерностями, многое приходится брать на веру, как брать на веру, порой, сам доказательный аппарат: "А поди ж его, Фрейд! У нас секса нет!"

Чтобы пояснить эти тезисы, приведем пример соотношений интеллектуальной и мотивационной частей ВКБ.

Паранойяльное отношение к болезни может развиваться у личности и после отравления грибами, приготовленными тещей, и после точного попадания молнии.

Скорригировав паранойю, мы не заставим пациента больше не есть тещиных грибов, скорее, наоборот, ведь психолог будет убеждать его на интеллектуальном уровне, что он и теща тут не виноваты и все произошло случайно (у собрала теща случайно поганку, ну отварила ее, тоже случайно, ну и накормила тебя, бедолагу, тоже конечно случайно, ну и сама не стала есть этот суп случайно также...). Занимаясь же мотивационной ВКБ, психотерапевт

будет выяснять, почему личность этого человека позволила его телу, руке в данном случае, поднести ко рту этот суп, принять его и отравиться, и почему теща (если она не хладнокровная убийца) трижды не заметила поганку (когда собирала, чистила и варила). Мотивации к подобному поведению могут быть самыми разнообразными, более часто встречающиеся у зятя: "Выколю себе глаз, пусть у тещи будет зять кривой!", у тещи: "Никому не отдам мою маленькую сорокалетнюю девочку!" Соответствующими будут и психотерапевтические вмешательства и рекомендации: например, создать ситуацию, чтобы первому не провоцировать, а второй не чувствовать себя провоцируемой проще говоря, разъехаться и как можно быстрее.

Здесь мы видим, как две четкие и ясные психокоррекционные стратегии, честно и профессионально выполняемые на разных уровнях (интеллектуальном и мотивационном), могут привести к противоположным результатам. И это тоже будет реальность.

Какие же различают наиболее частые мотивации к заболеванию? Остановимся на них.

1. Болезнь как выигрыш

Самая частая мотивация. Идет из детства, когда родители обращают внимание на ребенка только в случае его заболевания. Выигрышем может быть не только внимание, забота и любовь родителей, но и избегание ответственности, уход от принятия решения: молодой человек ломает ногу, "спеша" на свидание к уже нелюбимой им

девушке. Многие, наверно, вспомнят, с какой радостью в детстве они воспринимали повышение температуры тела, избавляющей от скучного похода в школу.

Если возвратиться к случаю пациента, который избегал работы, то, на первый взгляд, его выигрыш и состоял в возможности не работать и "сидеть на шее" у родителей. Однако выражение "сидеть на шее" имело для пациента свой особый смысл. Как считал пациент, его заболевание началось в шестилетнем возрасте после агрессии отца: отец хотел научить его плавать "по Есенину" и бросил мальчика в воду. Мальчик пережил сильный испуг, едва не утонул и спасся только зацепившись и усевшись на отцовскую шею. Поэтому выигрыш в болезни, как расценил его врач, состоял у пациента в получении им поистине монаршего контроля над родителями. Выигрышей великое множество. Есть среди них изощренные, есть и наивные; и те и другие порой так и остаются незамеченными врачами. Но есть выигрыши, заметить которые считает гражданским долгом для себя любой врач. Не заметивший, объявляется профаном или сообщником. Эта та категория выигрышей, которые так или иначе связаны с деньгами или с получением каких-либо других материальных преимуществ. Некоторые называют такое отношение к болезни рентным. Цели здесь ясны- получение страховки, или группы инвалидности, или материальных благ, квартиры (Что еще ему оставалось делать? И он заболел туберкулезом!), каких-нибудь единовременных выплат и пр. К этой же группе можно отнести и болезни, счастливо ниспосланные богом и

позволяющие избежать призыва в армию или заключения под стражу, а также болезни, возникающие с целью получения свободного времени, которое также можно использовать для зарабатывания денег.

Стратегии, которые избирают люди, хорошо известны общественности. Это, во-первых, реальное заболевание - о них мы говорили чуть выше, - действительно приключившееся, во-вторых, симуляция (имитация заболевания), в-третьих, аггравация (преувеличение тяжести течения и длительности заболевания), в-четвертых, диссимуляция (приуменьшение тяжести заболевания, например, при попытке получить водительские права и др.).

Мы не будем в нашем описании повторять известное про эти стратегии, лишь позволим себе напомнить: а что, собственно, мы обсуждаем? Да, обсуждаем мотивацию выигрыша. И получается, что реальный выигрыш при реальном заболевании мы не считаем полученным недозволенными стратегиями. Тогда как выигрыш, полученный в результате симуляции, считаем недозволенным. Вот если бы ты правда заболел, тогда да, говорим мы, подталкивая человека к реальному заболеванию. Между тем человек, готовый засунуть себе в прямую кишку пшено в тряпице с веревочкой наружу, которое набухая, симулирует естественное выпадение прямой кишки, этот человек не нуждается ли в психологической и хирургической (кишка-то выпала) помощи? Или если болезнь, талантливо разыгранная лишь в воображении пациента, нашедшая несправедливыми путями себе дорогу в его психику и заразившая ее (болезнь

заразная штука), кто поручится, что скоро эта мысленная болезнь не обернется реальностью и медицинская сестра не закричит: "Доктор, симулянт скончался!" Автор знал человека, помещенного в психиатрическую больницу с целью скрыть от начальства алкогольный эпизод, и так и не выписавшегося из нее, превратившегося в истинного пациента с алкогольной энцефалопатией и болезнью Корсакова.

Конечный и Боухал (1983) говорят, что "в медицинском заключении более целесообразно слово "симуляция" заменить формулировкой "сознательная продукция симптомов" или "попытка сознательного изображения болезни". И здесь симуляция как сознательная мотивация выигрыша противопоставляется бессознательной, более результативной в смысле заболеваемости, мотивировке. Действительно, человек несет тяжелую ответственность за дар осознать и не несет ответственности за бессознательное. Может быть поэтому многим так "хочется" сойти с ума или дать волю инстинктам ("Увезите меня в Гималаи...").

2. Болезнь как наказание и самонаказание

Человек в прошлом сделал что-то не так, оскорбил или унизил ближнего, а зачастую сделал какое-то мнимое прегрешение. Теперь болезнью он расплачивается за это, а некоторые особо мазохистические натуры с "упоением" принимают "наказание божие". Нетрудно заметить, что этот тип мотивации к болезни приветствуется церковью, вспомните толстовского отца Сергия, отрубившего себе

мизинец (слава Богу, что только мизинец) в наказание за примыслившийся грех.

Ниже мы приведем выписку из истории болезни, опубликованной известным детским психиатром Груней Ефимовной Сухаревой (1957).

Мальчик 14 лет, происходит из здоровой семьи, развивался правильно, рос здоровым, спокойным, послушным ребенком. С 12-и летнего возраста мальчик стал грубым, раздражительным, жаловался на головные боли, на неспособность сосредоточиться. Резко снизилась успеваемость в школе. Изменение состояния ребенка совпало с уходом отца из семьи. Мальчик тяжело переживал разлуку с отцом и часто говорил матери, что не хочет жить без отца, что нужно, чтобы отец и мать жили вместе. Из объективного анамнеза установлено, что в течение последних трех месяцев до поступления в клинику, у мальчика умерли обе бабушки, в смерти которых он в какой-то мере был виноват. Одну бабушку он нечаянно толкнул, она упала и сломала ногу, была увезена в больницу, где вскоре умерла. Другая бабушка умерла от несчастного случая. Мальчик не слушался бабушки, отказался пойти за покупками. Она пошла сама, попала под машину и умерла. После смерти бабушки мальчик стал более подавленным, тревожным, еще более снизилась его успеваемость в школе, почему и направлен в клинику. При поступлении стонет, вздыхает: "Не могу дышать, все время спать хочется"; высказывает идеи отношения: "все люди на него смотрят и смеются над ним, обвиняют его в

смерти бабушки". В беседе с врачом жалуется на подавленное настроение, просит о помощи. За время наблюдения в больнице временами возникали состояния тревоги, страха с бредовой настроенностью. Жаловался, что все к нему плохо относятся. Изменения настроения часто были связаны с разговорами о семейной ситуации, иногда плакал: "Я боюсь, что меня будут обвинять в смерти бабушки, хотя я и не виноват." После двухмесячного пребывания в клинике стал спокойнее, включился в занятия. Был выписан из больницы в состоянии значительного улучшения. Однако, через год вновь поступил. Стал замкнутым, подозрительным, высказывал идеи отношения и воздействия, отмечались слуховые галлюцинации. Поведение нелепое, мышление расстроено, резонерство. На этот раз было ясно, что речь идет о шизофрении.

Этот случай иллюстрирует мотивацию самонаказания. Мальчик винит себя в случайных смертях обеих бабушек, к которым он был случайно причастен в течение трех месяцев, случайно совпавших с уходом горячо любимого отца из дома. Как и в случае с тещинными грибами, чуть только чаще встречается слово "случайно", и неслучайность происшедшего становится очевидной. Мальчику было за что переживать и винить себя, заболевание стало для него наказанием и способом ухода от ужасно мрачной действительности. Такой взгляд на шизофрению имеет место.

Два следующих мотива недостаточно четки, их можно воспринимать в качестве мотивов условно; они проявляются уже после заболевания и во многом являются его следствием. С этих позиций они близки интеллектуальной части ВКБ; однако здесь можно увидеть и мотивационный корень "ожидания" болезни, в первом случае для борьбы с ней, во втором для переживания чувства беспомощности и регрессии к периоду детства.

3. Болезнь как угроза и вызов

И.Харди (1988) пишет: "...болезнь не может быть понята лишь на основе оценки поведения человека, его впечатлений и переживаний в настоящее время. И в настоящем живут и продолжают оказывать воздействие прошлый опыт и впечатления". Мотив угрозы и вызова со стороны болезни ведут к тактике открытой борьбы с болезнью. Возможные последствия болезни гипертрофируются, сравниваются с прежним негативным опытом о подобном страдании у кого-нибудь из близких или знакомых. Такой страх и жизнь "под угрозой" ("Он поставил меня под угрозу", - говорит один из наших пациентов) характерен для людей, в семьях которых отмечаются тяжелые наследственные болезни. Страх и ощущение их скорого "прихода" иногда воплощаются по механизму истерической мимики во вполне реальное, но не наследственное страдание. "У меня это наследственное, - говорит больная, - точно такие же приступы были у жены моего покойного брата."

Тактика борьбы с болезнью обычно приветствуется. Приводятся поучительные примеры летчика Маресьева, циркового силача Дикуля. Но в некоторых случаях (см. выше о Франкле), борьба усугубляет болезнь и не дает личности дистанцироваться от болезни и соответствующим образом переориентироваться. Психотерапевты нейролингвистического направления (НЛП) заметили, что, люди развитые больше по кинестетическому, двигательному типу, при потере возможности двигаться в результате спинальной травмы или инсульта, испытывают парализующую угрозу их существованию и нуждаются в переориентировании на максимальное получение информации, например от визуального анализатора. При этом нормализуется их жизнь и общее состояние.

4. *Болезнь как утрата*

Переживания утраты "не всегда ясны, могут носить косвенный символический характер. Снижение умственных, сексуальных способностей, ограниченность физических возможностей...может сопровождаться утратой прежнего самоощущения. В результате возникает подавленность настроения, депрессия." (И.Харди, 1988)

Цель переживания утраты - переживание беспомощности и регрессии в детский возраст, когда не нужно было думать как менять ситуацию, ибо эти решения принимал кто-то другой. Явления деперсонализации ("утрата прежнего самоощущения") сходны с фантомными явлениями (существование психического образа

утраченного органа) своей инфантильной надеждой, что в один миг все изменится само собой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине: Учеб. пособие. – М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. – 272 с.

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 4/№ 1/2002. <http://www.consilium-medicum.com/>

Барановский А.Ю., Петров Д.П., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни у больных с воспалительными заболеваниями кишки. <http://bekhterev.spb.ru/science/confer2005/>

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.

Буянов М. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков. Руководство для врачей и логопедов. pedsoveti.mospsy.ru.

Ванчакова Н.П. Хроническая головная боль - сложная междисциплинарная клиническая проблема. <http://bekhterev.spb.ru/science/confer2005/>

Вознесенская Т.Г., Вейн А.М. Хроническая боль и депрессия. Психиатрия и психофармакотерапия. – №1/2000. <http://www.consilium-medicum.com/>.

Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.

Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями.

Психиатрия и психофармакотерапия. – Том 2/№ 2/2000.
<http://www.consilium-medicum.com/>.

Дюкова Г.М., Вейн А.М. Вегетативные расстройства и депрессия. Психиатрия и психофармакотерапия. – №1/2000. <http://www.consilium-medicum.com/>

Иванов С.В. Синдром раздраженной толстой кишки. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 2/№ 2/2000.
<http://www.consilium-medicum.com/>

Ивлева Е.И., Щербатых Ю.В., Макарова А.Г., Гамапчук П.В. Половые особенности структуры личностных страхов Психология и практика. Ежегодник Российского Психологического Общества.: Изд.«ДИА-пресс».- Ярославль. - 1995, С. 283-285

Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А. Головная боль напряжения. Казань: Медицина, 2001. - 132с.

Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция?

<http://www.brsu.brest.by/pages/psychology/issues/>

Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. Л., Медицина, 1980. -184 с. (47-74)

Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. Санкт-Петербург. 1996. – С. 67-79.

Макарова О.Ф. Психология и практика. Ежегодник Российского Психологического общества. - Т.4, Вып. 5, Ярославль, 1998. – С.62-65.

Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – С.704-709

Мельченко Н.И. Клиническая психология. – Самара: Сам ГМУ, 2002. – 584 с.

Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с. (с. 360-376).

Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю., Перепеч Н.Б. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью. Consilium Medicum. Том 1-№ 2-1999.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Медицина, 1996. – С. 258-262.

Погосова Г.В. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 04/№ 5/2002. <http://www.consilium-medicum.com/>

Ромасенко Л.В., Веденяпина О.Ю., Вербина А.В. К характеристике психосоматических отношений у больных нейроциркуляторной дистонией Психиатрия и психофармакотерапия. Том 04/№ 1/2002.<http://www.consilium-medicum.com/>

Смулевич А.Б. Психокardiология и основные аспекты психосоматической медицины. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 07/№ 3/2005.<http://www.consilium-medicum.com/>

Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). Психиатрия и психофармакотерапия. Том 2/№ 2/2000.<http://www.consilium-medicum.com/>

Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: Аргус, 1995. - 360 с. (с. 207-260)

Соложенкин В. В. Психологические основы врачебной деятельности. Учебное пособие. - М.: Планета детей, 1997. - 264 с. (с. 245-261)

Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1986. 160-168

Федорова А.И. Психосоматическая модель формирования диспареунии.<http://bekhterev.spb.ru/science/confer2005/>.

Фесенко Ю.А., Лохов М.И., Рубина Л.П. Энурез у детей - нарушение в системе сон - бодрствование. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 07/№ 1/2005.<http://www.consilium-medicum.com/>

Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Москва: М., 1993, стр.116-126.

Шустов Д. И. Учебное пособие по медицинской психологии (Психотерапия в практике врача). - Рязань, 1996. - 207 с. (15-43 с.)

Щеглова И. Ю. Панические расстройства у больных с гинекологической патологией//Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. - 1995. - №1. - С. 98-100.

Щеглова И.Ю. Клинические варианты соматоформных нарушений у пациенток с хроническими тазовыми болями. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. Том 01/№ 2/2004.

<http://www.consilium-medicum.com/>

Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 02/№ 1/2001.

<http://www.consilium-medicum.com/>

Hagglof B., Andren O., Bergstrom E., Marklund L., Wendelius M. Самооценка детей с ночным и дневным недержанием мочи до и после лечения. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 04/№ 4/2002.

<http://www.consilium-medicum.com/>